

연구보고서 2025-20

인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제

: 1인 가구를 중심으로

황주희
조희래·이민경·이한나·김성희·문영민

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



연구진

연구책임자	황주희	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	조휘래	한국보건사회연구원 연구원
	이민경	한국보건사회연구원 부연구위원
	이한나	한국보건사회연구원 연구위원
	김성희	한국보건사회연구원 연구위원
	문영민	중앙대학교 사회복지학부 조교수

연구보고서 2025-20

인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제

: 1인 가구를 중심으로

발행일 2025년 12월
발행인 신영석
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 고려씨엔피

© 한국보건사회연구원 2025

ISBN 979-11-7252-095-3 [93330]

<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2025.20>

발|간|사

21세기에 접어들어 전 세계는 유례없는 인구구조의 변화를 겪고 있다. 초저출산과 급속한 고령화는 이제 단순한 미래 예측을 넘어, 우리 사회가 직면한 가장 시급하고 구조적인 현실이 되었다. 이러한 거대한 변화의 물결 속에서 우리가 특히 주목해야 할 지점은 바로 장애인 인구구조의 변화, 그중에서도 ‘장애인 1인 가구’의 가파른 증가이다.

본 연구원은 이번 연구를 통해 장애인 1인 가구의 증가가 개인의 선택이나 우연한 결과가 아닌, 사회구조적 변화의 필연적 산물임을 확인하였다. 고령화된 장애인, 후천적 장애를 갖게 된 노인 그리고 가족 구조의 해체로 인해 홀로 남겨진 이들이 경험하는 삶은 단순히 물리적 고립을 넘어 건강, 경제, 주거, 사회적 관계 등 다층적인 취약성이 증첩된 복합적 위기 상황임을 실증적으로 규명하였다.

이러한 현실 인식 위에서, 본 연구는 장애인 1인 가구가 겪는 ‘복합적 취약성’을 깊이 있게 들여다보고자 하였다. 기존의 파편화된 지원이나 가족 중심의 돌봄 모델로는 이들의 삶을 온전히 지탱하기 어렵다는 문제의식을 바탕으로, 생애주기와 장애 유형 그리고 개인의 복합적인 상황을 고려한 통합적이고 포용적인 돌봄 체계의 필요성을 역설하고자 했다. 이는 현 정부가 지향하는 ‘기본 서비스’ 철학을 구체적인 정책으로 구현하기 위한 필수적인 과정이기도 하다.

본 연구보고서가 제시하는 분석과 제언들이 향후 장애인 정책, 더 나아가 우리 사회의 돌봄 체계를 혁신하는 데 있어 의미 있는 나침반이 되기를 기대한다. 장애인 1인 가구의 존엄한 삶과 지역사회 내에서의 온전한 자립을 지원하는 것은 우리 사회가 지향해야 할 공동체의 책무이자 미래를 위한 투자이다. 이번 연구가 그 책무를 다하기 위한 정책적 지평을 넓

히는 소중한 계기가 되기를 바란다.

끝으로, 방대한 자료 수집과 심층적인 분석을 위해 노고를 아끼지 않은 연구진 여러분께 깊은 감사를 드린다. 아울러 바쁘신 일정 중에도 귀중한 시간을 내어 자문에 응해주시고 날카로운 통찰을 나누어 주신 덕성여자대학교의 김진우 교수와 한국보건사회연구원 강은나 연구위원 그리고 실태조사를 위해 지원을 아끼지 않으신 장애계 현장 전문가분들과 보고서의 질 향상을 위해 애써 주신 보고서 평가위원들께도 진심으로 감사의 말씀을 전한다.

본 보고서에 담긴 내용과 제언은 연구진의 학술적 연구 결과에 기반한 것으로, 연구원의 공식적인 입장이 아님을 밝혀둔다.

2025년 12월

한국보건사회연구원 원장

신 영 석





요약	1
제1장 서론	3
제1절 연구의 배경 및 목적	5
제2절 연구의 내용 및 방법	8
제2장 문헌 고찰 및 정책 현황	13
제1절 인구구조의 변화와 장애인구의 구조 변화	15
제2절 1인 가구 관련 국내외 선행연구	24
제3절 1인 가구 관련 국내외 돌봄 정책 동향	40
제4절 복합적 취약성을 가진 1인 가구와 돌봄: 영국, 미국	65
제3장 장애인 1인 가구의 특성	87
제1절 장애인 1인 가구와 다인가구 비교	89
제2절 1인 가구의 생애주기별 특성 비교	120
제3절 생애주기별 어려움 특성 유형화	124
제4절 소결	136
제4장 1인 가구의 삶의 모습: 생애주기별, 복합적 상태별	143
제1절 1인 가구의 삶: 생애주기별, 복합 상태별	145
제2절 1인 가구와 킨리스(Kinlessness) 현황	200
제3절 1인 가구의 삶: 경험	210
제4절 소결	266

제5장 정책 제언	281
제1절 복합적 취약성과 돌봄정책의 이론적 재구성	283
제2절 1인 가구와 장애인 통합돌봄	302
제3절 중장기적 정책 제언	311
참고문헌	319
부록	335
[부록 1] 장애인 1인 가구 생애주기별 특성	335
Abstract	367

표 목차



〈표 2-1〉 긴급돌봄서비스, 일상돌봄서비스, 생애주기별 1인 가구 이용 여부	45
〈표 2-2〉 1인 가구 관련 조례 현황: 장애인 1인 가구 고려 수준	46
〈표 2-3〉 서울시 1인 가구 안심정책 주요 사업별 지표 및 예산('22년~'26년)	48
〈표 2-4〉 생애주기에 따른 장애인 1인 가구 관련 정책 지원체계	56
〈표 2-5〉 주거정책에서 장애인을 고려한 법률 내용	62
〈표 3-1〉 사회인구학적 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	90
〈표 3-2〉 사회인구학적 특성: 1인 가구 vs. 다인가구(주 장애 유형)	91
〈표 3-3〉 보건의료건강 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	93
〈표 3-4〉 가장 최근 이용한 의료기관 만족도: 1인 가구 vs. 다인가구	95
〈표 3-5〉 기본적인 일상생활동작(ADL)과 수단적 일상생활동작(IADL): 1인 가구 vs. 다인가구	96
〈표 3-6〉 일상생활지원: 1인 가구 vs. 다인가구	97
〈표 3-7〉 인터넷 활용 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	99
〈표 3-8〉 취업 및 직업생활 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	100
〈표 3-9〉 사회 및 문화·여가활동 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	102
〈표 3-10〉 생활만족도: 1인 가구 vs. 다인가구	105
〈표 3-11〉 차별 경험 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	106
〈표 3-12〉 결혼생활·여성장애인 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	108
〈표 3-13〉 주거 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	109
〈표 3-14〉 주택의 구조·성능 및 환경: 1인 가구 vs. 다인가구	111
〈표 3-15〉 재난 안전 및 거주하는 주택의 재난 대비 여부: 1인 가구 vs. 다인가구	112
〈표 3-16〉 복지서비스 인식: 1인 가구 vs. 다인가구	113
〈표 3-17〉 장애인복지사업 이용 경험: 1인 가구 vs. 다인가구	113
〈표 3-18〉 경제상태: 1인 가구 vs. 다인가구	115
〈표 3-19〉 월 평균 가구소득: 1인 가구 vs. 다인가구	116
〈표 3-20〉 월 평균 개인소득: 1인 가구 vs. 다인가구	116
〈표 3-21〉 월 평균 균등화소득: 1인 가구 vs. 다인가구	117

〈표 3-22〉 건강행동 특성: 1인 가구 vs. 다인가구	118
〈표 3-23〉 어려움 유형 구성요소(분석변수)	120
〈표 3-24〉 사회·인구학적 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	122
〈표 3-25〉 모형 적합도 검증(중장년층)	127
〈표 3-26〉 잠재계층 조건부 응답률(중장년층)	128
〈표 3-27〉 모형 적합도 검증(노년층)	129
〈표 3-28〉 잠재계층 조건부 응답률(노년층)	130
〈표 3-29〉 영향요인 분석 변수	131
〈표 3-30〉 중장년층 1인 가구 장애인의 삶의 만족에 미치는 영향요인	132
〈표 3-31〉 노년층 1인 가구 장애인의 삶의 만족에 미치는 영향요인	134
〈표 3-32〉 장애인 1인 가구 vs. 다인가구의 특성 비교	136
〈표 3-33〉 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성	138
〈표 4-1〉 조사 개요	147
〈표 4-2〉 지역별 조사원 수	148
〈표 4-3〉 조사원 교육일정	148
〈표 4-4〉 조사표 개발 회의 일정 및 주요 내용	149
〈표 4-5〉 응답자 특성(기능상태와 건강상태 교차)	150
〈표 4-6〉 응답자 특성	152
〈표 4-7〉 1인 가구의 삶_혼자 사는 이유 1순위	154
〈표 4-8〉 혼자 생활한 기간	156
〈표 4-9〉 혼자 생활하기 전 동거인	158
〈표 4-10〉 혼자 생활하기 전 동거인과 교류하는 정도	161
〈표 4-11〉 혼자 생활하기 전 동거인의 지원 수준	163
〈표 4-12〉 삶에 대한 만족도	166
〈표 4-13〉 일상생활에서의 어려움 정도(전체)	168
〈표 4-14〉 1인 가구가 된 이후의 일상생활 변화	169
〈표 4-15〉 건강관리 및 식생활을 위해 필요한 지원	176



〈표 4-16〉 거주지를 선택할 때 가장 중요하게 생각하는 것 1순위	179
〈표 4-17〉 주거 비용이 부담되는 정도	181
〈표 4-18〉 어려운 생활영역_1순위	184
〈표 4-19〉 1인 가구로서 정부에서 지원받는 것(복수응답)	186
〈표 4-20〉 주로 받고 있는 돌봄 서비스(복수응답)	189
〈표 4-21〉 돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도	191
〈표 4-22〉 돌봄 서비스를 받지 않는 이유(복수응답)	193
〈표 4-23〉 서비스 만족도	195
〈표 4-24〉 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원(복수응답)	196
〈표 4-25〉 인터뷰 개요	210
〈표 4-26〉 조사문항 개요	211
〈표 4-27〉 청년층 1인 가구 인터뷰 참여자 일반사항	213
〈표 4-28〉 중장년층 1인 가구 인터뷰 참여자 일반사항	233
〈표 4-29〉 노년층 1인 가구 인터뷰 참여자 일반사항	253
〈표 4-30〉 중장년 및 노년층 1인 가구의 삶: 공통 vs. 차별적 특성	266
〈표 4-31〉 중고령 및 노년기 1인 가구의 건강상태와 관련 지원	272
〈표 4-32〉 청년 vs. 중장년·노년층 1인 가구의 삶: 공통 vs. 차별적 특성	276
〈표 4-33〉 청년층 1인 가구의 복합적 상태와 지원 요구	278
〈표 5-1〉 장애인 1인 가구 관련 정책 정리: 생애주기별	292
〈부표 1-1〉 보건의료건강 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	337
〈부표 1-2〉 가장 최근 이용한 의료기관 만족도: 1인 가구 생애주기별 비교	339
〈부표 1-3〉 기본적 일상생활동작(ADL)과 수단적 일상생활동작(IADL):	
1인 가구 생애주기별 비교	340
〈부표 1-4〉 일상생활지원: 1인 가구 생애주기별 비교	341
〈부표 1-5〉 인터넷 활용 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	343
〈부표 1-6〉 취업 및 직업생활 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	345
〈부표 1-7〉 사회 및 문화·여가활동 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	348



〈부표 1-8〉 생활만족도: 1인 가구 생애주기별 비교	351
〈부표 1-9〉 생활만족도 및 차별 경험 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	353
〈부표 1-10〉 결혼생활·여성장애인 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	354
〈부표 1-11〉 주거 특성: 1인 가구 생애주기별 비교	356
〈부표 1-12〉 주택의 구조·성능 및 환경: 1인 가구 생애주기별 비교	357
〈부표 1-13〉 재난 안전 및 거주하는 주택의 재난 대비 여부: 1인 가구 생애주기별 비교	359
〈부표 1-14〉 복지서비스 인식: 1인 가구 생애주기별 비교	360
〈부표 1-15〉 장애인복지사업 이용 경험률: 1인 가구 생애주기별 비교	360
〈부표 1-16〉 경제상태: 1인 가구 생애주기별 비교	362
〈부표 1-17〉 월평균 가구소득: 1인 가구 생애주기별 비교	364
〈부표 1-18〉 건강행동 특성: 1인 가구 생애주기별	365

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

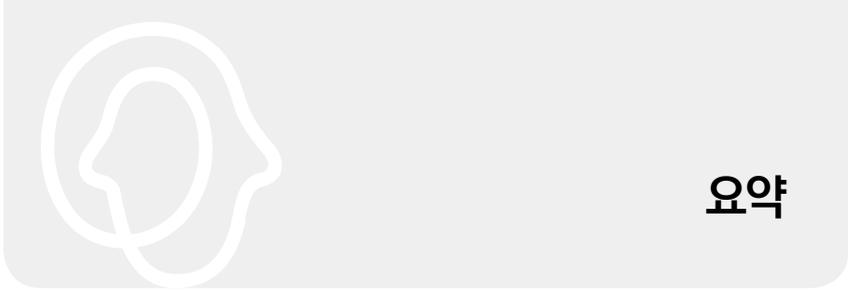


[그림 1-1] 연구 수행 체계	10
[그림 2-1] 인구피라미드: 과거, 현재, 미래	18
[그림 2-2] 연령 증가에 따른 ADL 제한과 이동성 저하, 장애 회복률	19
[그림 2-3] 연령 증가에 따른 장애 유병률(IADL 및 ADL)의 증가	20
[그림 2-4] 65세 이상 등록장애인 비율	21
[그림 2-5] 장애인 실태조사 데이터 재분석	22
[그림 2-6] 신규등록장애인 특성: 연령별, 장애 유형별	23
[그림 2-7] 미국의 1인 가구 비율과 지역별 분포	25
[그림 2-8] 국가별 연평균 1인 가구 비중 증가 속도	27
[그림 2-9] 지역사회 통합돌봄 예시	66
[그림 2-10] 지역사회를 중심으로 하는 총괄기능 강화	68
[그림 2-11] Universal Basic Service 체계: 공평한 소비의 공간	71
[그림 2-12] 복합적 돌봄 로드맵	81
[그림 2-13] 복합돌봄 생태계	82
[그림 4-1] 응답자 특성	151
[그림 4-2] 혼자 사는 이유 1순위	153
[그림 4-3] 혼자 생활하기 전 동거인과 교류하는 정도(1)	160
[그림 4-4] 혼자 생활하기 전 동거인과 교류하는 정도(2)	160
[그림 4-5] 혼자 생활하기 전 동거인의 지원 수준(1)	162
[그림 4-6] 혼자 생활하기 전 동거인의 지원 수준(2)	163
[그림 4-7] 삶에 대한 만족도(1)	165
[그림 4-8] 삶에 대한 만족도(2)	166
[그림 4-9] 일상생활에서의 어려움 정도(전체)	168
[그림 4-10] 1인 가구가 된 이후의 일상생활 변화	169
[그림 4-11] 외로움 척도(원점수)(1)	171
[그림 4-12] 외로움 척도(원점수)(2)	171
[그림 4-13] 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 상담을 받아본 경험(1)	172

[그림 4-14] 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 상담을 받아본 경험(2)	173
[그림 4-15] 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위한 가족 여부(1)	174
[그림 4-16] 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위한 가족 여부(2)	175
[그림 4-17] 지난 2주간 식생활	175
[그림 4-18] 건강관리 및 식생활을 위해 필요한 지원	176
[그림 4-19] 거주지를 선택할 때 가장 중요하게 생각하는 것	178
[그림 4-20] 주거 비용이 부담되는 정도	181
[그림 4-21] 거주지를 선택할 때 고려하는 것	182
[그림 4-22] 1인 가구의 사회적 관계망_요약	183
[그림 4-23] 어려운 생활영역_1순위	184
[그림 4-24] 1인 가구로서 정부에서 지원받는 것(복수응답)	186
[그림 4-25] 주로 받고 있는 돌봄 서비스(복수응답)	188
[그림 4-26] 돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도	190
[그림 4-27] 돌봄 서비스를 받지 않는 이유(복수응답)	192
[그림 4-28] 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원(복수응답)	196
[그림 4-29] 혼자 사는 이유 1순위	201
[그림 4-30] 삶에 대한 만족도	202
[그림 4-31] 일상생활에서의 어려움 정도(전체)	202
[그림 4-32] 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위한 가족 여부	203
[그림 4-33] 1인 가구의 사회적 관계망_직접 만남(요약)	204
[그림 4-34] 1인 가구의 사회적 관계망_통화(요약)	205
[그림 4-35] 1인 가구의 사회적 관계망_문자 또는 인터넷(요약)	206
[그림 4-36] 어려운 생활영역 1순위	207
[그림 4-37] 주로 받고 있는 돌봄 서비스	207
[그림 4-38] 돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도	208
[그림 4-39] 돌봄 서비스를 받지 않는 이유	208
[그림 4-40] 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원	209



[그림 5-1] 장애인 1인 가구를 위한 생태체계적 접근	290
[그림 5-2] 장애인 돌봄(제도) 현황	291
[그림 5-3] 지역사회를 중심으로 하는 총괄기능 강화	297
[그림 5-4] 노인돌봄 체계와 장애인돌봄 체계 비교	300
[그림 5-5] 생애주기별 장애인 1인 가구의 지원 요구 및 지원 전략	310
[그림 5-6] 장애인 1인 가구를 위한 지역사회 통합돌봄 모델(안)	317



요약

본 연구는 인구 고령화와 가족 구조의 급격한 변화 속에서 빠르게 증가하고 있는 장애인 1인 가구의 다층적 취약성을 규명하고, 이를 해소하기 위한 실효성 있는 돌봄 정책의 방향을 제시하는 데 목적이 있다. 장애인 1인 가구는 비장애인 1인 가구에 비해 장기간 독거 생활을 유지하는 특성을 보이며, 사회적 고립과 돌봄 공백 그리고 극단적인 관계 단절을 의미하는 '킨리스(Kinlessness)' 위험에 구조적으로 노출되어 있다. 이러한 복합적 위기 상황은 기존의 파편화된 지원 체계로는 대응에 한계가 있어, 개인의 특성과 욕구를 포괄하는 통합적 접근이 요구된다.

이를 위해 본 연구는 문헌 검토, 양적 분석, 질적 연구를 아우르는 다각적 방법론을 적용하였다. 우선 국내의 선행연구 및 정책 분석을 통해 인구구조 변화와 장애인 1인 가구 증가의 구조적 맥락을 파악하였다. 실증 분석에서는 「2023년 장애인 실태조사」 원자료 재분석과 별도의 장애인 1인 가구 실태조사를 병행하여 장애인 1인 가구의 전반적 경향성과 구체적 생활 실태를 확인하였으며, 당사자 심층 인터뷰를 통해 양적 데이터로 포착하기 어려운 주관적 경험과 삶의 맥락을 심층적으로 조명하였다.

연구 결과, 장애인 1인 가구의 삶의 만족도는 경제·건강·주거 등 단일 요인이 아닌 여러 영역의 복합적 상호작용에 의해 결정되는 것으로 나타났다. 특히 일상생활의 어려움, 노후에 대한 불안, 경제적 불안정성이 높게 나타났으며, 연령이 증가할수록 이러한 생활 제약이 심화되는 경향을 보였다. 일상생활 지원 필요도와 신체적 건강 상태를 교차 분석한 결과에서는 '높은 지원 필요도'와 '취약한 신체 건강'이 중첩된 집단에서 삶의 만족도가 현저히 낮고 복합적 위기 수준이 가장 높은 고위험군임이 확인되었다. 아울러 거주 지역 및 주거 특성에 따른 삶의 만족도 격차는 획일적 지원이 아닌 지역 밀착형 맞춤형 지원의 필요성을 시사하였다.

2 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

이러한 분석 결과를 바탕으로 본 연구는 장애인 1인 가구의 복합적 욕구에 대응하기 위한 정책적 함의로 영국의 ‘보편적 기본서비스(Universal Basic Services, UBS)’ 개념과 미국의 ‘복합돌봄 생태계(Ecosystems of Care)’ 모델의 한국적 적용을 제안하였다. 구체적으로 첫째, 돌봄 서비스의 대상을 연령이나 장애 유형이 아닌 ‘돌봄 필요성(Need)’ 중심의 보편적 기준으로 재편하고, 보건의료·주거·돌봄 등 필수 서비스를 권리 차원에서 보장해야 함을 강조하였다. 둘째, 파편화된 서비스들이 지역사회를 거점으로 유기적으로 연계·조정될 수 있도록 통합 사례 관리 시스템과 지역 돌봄 네트워크를 포함한 ‘지역사회 중심의 통합돌봄 생태계’ 구성을 제안하였다. 마지막으로, 당사자의 복합적이고 개별적인 욕구에 따라 서비스의 종류와 총량을 유연하게 조정하는 체계를 마련하여 돌봄 사각지대를 해소하고, 장애인 1인 가구가 지역사회 내에서 존엄한 자립 생활을 영위할 수 있도록 지원하는 구조적 변화를 촉구하였다.

주요 용어: 장애인 1인 가구, 복합적 취약성, Complex Care, 생태계적 돌봄

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

21세기 들어 전 세계적으로 초저출산과 인구 고령화 현상이 심화되면서, 인구구조 변화가 각국의 사회·경제 전반에 중대한 영향을 미치고 있다. 2022년 유엔 세계인구전망에 따르면, 글로벌 출산율 저하로 전 세계 인구는 2086년경 약 104억 명에 정점을 찍은 뒤 감소할 것으로 예측되고, 고령 인구 비율 증가도 함께 가속화되고 있다(Ritchie et al., 2022). 이러한 흐름은 한국에도 그대로 적용되어, 2072년 우리나라 총인구는 3,600만 명으로 줄고, 65세 이상 고령 인구 비율은 47.7%로 급격히 증가할 것으로 전망된다(국가데이터처, 2024a). 2023년 출산율은 0.72명에 불과하며, 생산가능인구 감소는 경제성장 둔화와 복지 재정 부담, 노인성 장애 및 만성질환 증가라는 구조적 문제를 초래하고 있다(국가데이터처, 2024a; 우해봉, 2023).

특히 인구 고령화와 직접적으로 연관된 현상 중 하나로 주목할 부분이 장애 인구의 증가이다. 2024년 기준 국내 등록장애인 수는 약 263만 명이고, 이 중 65세 이상 고령 장애인 비율은 55.3%에 달한다. 장애인 인구는 이미 역피라미드 형태로 고령층 집중 구조를 보이고 있으며, 신규 등록장애인 중 58.4%(2024년 기준)가 65세 이상 노년층인 점도 특징적이다(보건복지부, 2025a).

이와 함께 1인 가구의 빠른 증가는 한국 사회의 대표적인 인구구조 변화에 따른 가구구조의 변화로 전 국민을 아우르는 주요 특징으로 자리하

고 있다. 지난 수십 년간 1인 가구 비중은 꾸준히 확대되어 2024년 기준 전체 가구의 34%를 상회하며, 이러한 추세는 장애인 집단에서도 그대로 나타난다. 최근 장애인 실태조사와 관련 통계에 따르면, 고령화·비혼·이혼·사별 등 다양한 이유로 장애인 중에서도 1인 가구가 2008년 14.8%에서 2014년 24.3% 그리고 2023년 26.6%로 꾸준히 증가하고 있으며, 이러한 변화는 장애인 1인 가구의 양적 확대와 특성 변화를 넘어 새로운 돌봄 정책의 대응을 필요로 하고 있다.

고령화된 장애인과 후천적 장애 경험 노인 등 이질적인 장애인 1인 가구 집단의 확대는 이전에 비해 더욱 보편화되고 있으며, 독거 상태는 건강 문제와 장애 경험, 외로움과 사회적 고립, 높은 사망률 위험 등과 관련이 있어(장민선, 2023; Klinenberg, 2016; Henning-Smith, Moscovice, & Kozhimannil, 2019), 장애인 1인 가구에 대한 정책적 방향 모색이 필요하다.

더불어 극단적인 관계 단절인 ‘킨리스(kinlessness) 현상’에 따른 사회구조적 변화에의 대응도 요구되고 있는 상황이다. ‘킨리스(kinlessness)’는 고령·저소득층, 장애인에게 높은 빈도로 나타나며, 이들 킨리스 노인들은 돌봄 격차(care gaps) 문제에 직면한다는 연구도 있다(Wu, Margolis, Verdery, & Patterson, 2024). 특히 장애인 1인 가구는 관계적 취약성과 장애로 인한 제약이 중첩되는 위험이 가중되는 특성이 있다고 알려져 있다(Patterson & Margolis, 2023; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Committee on Population, 2023; Verdery, Margolis, Zhou, Chai, & Rittirong, 2019).

1인 가구의 증가와 킨리스 현상은 모두 (1) 저출산, (2) 혼인 제도의 변화, (3) 수명 연장, (4) 지리적 이동성 증가와 같은 인구사회학적 전환의

결과로 나타나는 특징이 있다. 주로 여성, 흑인, 장애인, 저소득층에게 높게 나타나고 있어 단순한 개인적 선택이 아닌 사회구조적 불평등과 교차하여 나타나는 현상이라는 점을 주지할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 1인 가구의 증가에 따른 복합적 대응의 필요와 킨리스 현상과 같은 관계의 단절 문제를 구별하여 접근하지 않고, 장애인 1인 가구가 경험할 수 있는 ‘복합적 취약성’에 초점을 두어 연구를 진행하였다. 이때 장애인 1인 가구의 증가가 개인의 선택이 아닌 사회구조적 변화의 필연적 결과로 이해될 필요가 있다는 점과 이들이 경험하는 취약성이 개별적 문제가 아닌 사회가 공동으로 해결해야 할 과제로서 인식할 필요가 있다는 점을 전제로 한다. 이는 현 정부의 ‘기본서비스’ 철학을 따른다. 따라서 장애인 1인 가구에 대한 지원도 가족주의적 돌봄 모델을 넘어, 포용적이고 통합적인 돌봄지원체계의 마련을 통해 가능하다고 본다. 때문에 본 연구에서의 ‘돌봄’은 단순히 일상생활 영위를 위한 신체적 지원 영역을 넘어서서 보건, 의료, 주거, 돌봄 등을 포괄하는 통합적인 관점과 장애인의 존엄한 삶과 지역사회에서의 생활을 보장하는 이용자 중심성을 강조하는 방향으로 정의하여 연구를 진행하였다(황주희 외, 2022). 이 연구가 ‘기본서비스’ 구현의 과정에서 장애인 1인 가구를 포괄하는 정책적 지평을 넓히는 출발점이 되기를 기대한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 장애인 1인 가구가 직면한 취약성을 생애주기별·복합 상황별로 분석하고, 이를 기반으로 지역기반, 이용자 중심의 통합적 돌봄체계 구축을 위한 정책 방향을 제시하는 것을 목적으로 한다. 이를 실현하기 위하여 다음과 같은 연구 과업을 수행하였다.

첫째, 인구구조 변화와 장애인 1인 가구 증가 추세 등 인구구조 변화에 따른 구조적인 문제에 기초한 장애 인구의 변화 등의 관련성을 분석하였다. 특히 인구구조의 변화가 장애인의 증가, 더 나아가 장애인 1인 가구의 증가와 밀접히 연결되어 있음을 확인하고, 돌봄 정책 차원에서 이들을 특별히 고려해야 할 필요성을 규명하였다. 이를 통해 돌봄 정책이 단순히 고령화 대응 차원을 넘어, 장애인 1인 가구를 주요 정책 대상군으로 포함해야 하는 당위성을 제시하고자 하였다.

둘째, 장애인 1인 가구 관련 선행 연구를 검토하였다. 다만 장애인 1인 가구를 다룬 연구가 매우 제한적이므로, 비장애인 1인 가구 연구를 병행 검토하여 1인 가구의 특성과 주요 어려움 등을 도출하였다. 또한 중앙·지방 정부에서 추진하고 있는 돌봄 정책 현황을 분석하여, 현재 정책이 장애인 1인 가구의 요구에 얼마만큼 관련성을 가지고 운용되고 있는지를 검토하였다.

셋째, 장애인 1인 가구의 특성과 삶의 모습을 생애주기별·복합 상황별로 실증적으로 확인하였다. 이를 통해 1인 가구가 형성되는 이유, 킨리스의 상황에 처한 이들의 특성, 다양한 돌봄 필요 상황 그리고 일상생활의 구체적 양상을 생애주기별·복합 상황별로 파악해 보았다. 이를 통해 현재

운영되고 있는 돌봄 제도의 한계와 구체적 개선 방향을 제시하고자 하였다.

2. 연구 방법

본 연구는 앞서 제시한 연구 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 방법을 활용하였다. 인구구조 변화와 장애인구의 증가, 장애인 1인 가구 증가에 이르는 관련성을 알아보기 위해 국내외 선행 연구 분석과 행정 자료를 활용한 장애인 인구구조의 현황을 분석하였으며, 돌봄 정책에서 고려하여야 하는 장애인 1인 가구의 특성을 이론적·정책적 차원에서 정리하였다. 또한 장애인 1인 가구가 이용할 수 있는 지역사회 내 돌봄 정책의 내용을 분석하여 돌봄 정책의 현황과 한계를 분석하였다.

둘째, 2차 데이터 분석을 수행하였다. 「2023년 장애인 실태조사」 원자료를 활용하여 장애인 1인 가구와 다인가구를 비교 분석하여 가구 형태별 차이를 확인하고, 생애주기별로 1인 가구의 특성과 생활상의 어려움을 통계적으로 유형화하였다. 분석 과정에서는 연령대, 장애 유형, 거주 지역 등을 주요 변수로 설정하였다.

셋째, 별도의 장애인 1인 가구 실태조사를 실시하였다. 이는 기존 국가 단위 조사에서 파악되지 않는 생활 양상을 보완하기 위해 약 500명의 장애인 1인 가구를 표본으로 선정하여 면대면 조사를 실시하였다. 조사 항목에는 1인 가구 형성 원인, 하루 일과, 신체적·정신적 상태, 주거 및 안전, 제도 이용 현황, 삶의 만족도 등이 포함되었으며, 분석과정에서 생애주기와 복합상태별 특성을 심층적으로 파악하였다.

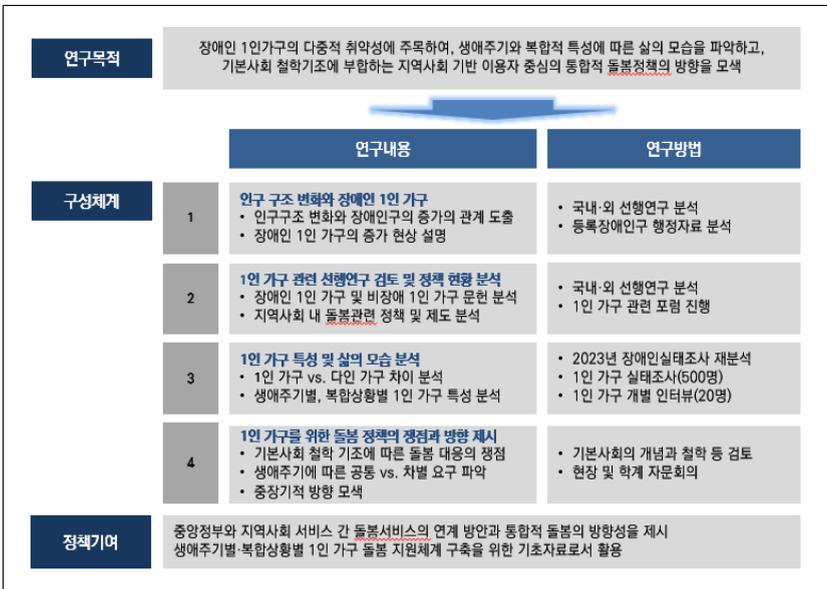
넷째, 1인 가구를 대상으로 심층 개별 인터뷰를 진행하였다. 이는 양적 조사에서 드러나지 않는 주관적 경험과 보건-복지 욕구를 파악하기 위한

10 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

것으로 복합 상황에 따른 삶의 모습을 알아보기 위하여 수행되었다. 인터뷰는 1인 가구 형성 과정, 일상생활의 모습, 돌봄 지원의 형태와 비공식적 지원망의 활용 정도, 건강상태, 보건의료 서비스 이용 형태, 임종 때의 희망사항, 국가 역할에 대한 기대 등을 중심으로 진행되었으며, 이를 통해 정량적 자료의 한계를 보완한 돌봄 정책의 쟁점을 도출하고자 하였다.

다섯째, 학계 및 현장 전문가를 대상으로 하는 자문을 진행하였다. 장애인 단체, 복지기관 종사자, 학계 전문가 등을 대상으로 자문회의(서면 자문 포함)를 실시하여, 조사와 분석에서 제기된 주요 쟁점의 타당성을 검증하고, 정책적 함의를 심화할 수 있도록 의견을 수렴하였다. 이를 정리한 연구 수행 체계는 다음과 같다.

[그림 1-1] 연구 수행 체계



출처: 연구진이 작성

3. 기대 효과

본 연구는 다음과 같은 측면에서 기존 연구와 차별성을 가지며, 학문적·정책적 기여를 기대한다. 첫째, 장애인 1인 가구 증가를 단순한 개인적 요인이 아닌 사회구조적 현상으로 인식함으로써, 포용적·통합적 돌봄 정책의 방향을 모색하고 사회적 책임의 범위를 확대하는 데에 이바지할 수 있을 것이다. 둘째, 중앙정부와 지역사회 서비스 간 돌봄서비스의 연계 방안과 통합적 돌봄의 방향성을 제시하여 장애인 1인 가구를 포함하는 생애주기별·복합 상황별 돌봄 정책을 위한 기초 자료로서 활용될 수 있을 것이다. 셋째, 생애주기별·복합 상황별 장애인 1인 가구의 다중 취약성의 분석은 돌봄 정책의 체계적 연구 틀로서 후속 학술 연구와 정책 개발의 기반을 제공할 수 있을 것이다. 넷째, 장애인구구조 변화에 대응하는 돌봄체계 설계의 토대를 제공함으로써 '기본서비스'의 기초에 부합하는 통합돌봄 정책의 제도적 발전에 기여할 수 있을 것이다.



제2장

문헌 고찰 및 정책 현황

제1절 인구구조의 변화와 장애인구의 구조 변화

제2절 1인 가구 관련 국내외 선행연구

제3절 1인 가구 관련 국내외 돌봄 정책 동향

제4절 복합적 취약성을 가진 1인 가구와 돌봄: 영국, 미국

제 2 장 문헌 고찰 및 정책 현황

제1절 인구구조의 변화와 장애인구의 구조 변화

1. 초저출산, 고령화 그리고 인구구조 변화

2022년 유엔 세계인구전망(World Population Prospects 2022)은 출산율 하락 영향으로 인해 전 세계 인구가 약 104억 명에 도달하는 시점을 당초 예측했던 2100년에서 2086년으로 앞당겨 내다보았다(Ritchie, Mathieu, Rodés-Guirao, & Gerber, 2022). 이는 과거 유엔이 2100년경 109억 명까지 인구 증가가 이어질 것으로 본 전망과 달리, 2022년 발표에서는 처음으로 21세기 내에 인구가 최고점에 이른 뒤 감소할 것이라는 새로운 해석을 제시한 것이다. 이처럼 출산율 감소와 더불어 20세기 후반 이후 인구 고령화 역시 세계적으로 가장 중요한 인구학적 과제로 부각되었다. 2022년 기준 세계 인구는 약 77억~80억 명 수준이었으며, 앞으로 약 27억 명 증가가 예상되지만, 성장세가 둔화하면서 동시에 고령 인구 비중의 확대 속도 또한 급격히 빨라지고 있다.

이러한 변화는 우리나라에도 그대로 적용된다. 2072년 우리나라의 총 인구는 지속적으로 감소하여 3,600만 명으로 줄어드는 반면, 65세 이상 고령 인구 비율은 2024년 19.2%에서 2072년 47.7%로 크게 확대될 전망이다(국가데이터처, 2024a). 출산율 역시 2023년 기준 0.72명으로 세계 최저 수준을 기록하고 있으며, 평균 기대수명은 83.5세로 OECD 회원국의 상위권에 속한다. 이 같은 인구구조 변화는 경제성장에도 뚜렷한 영

향을 미치고 있다. 실제로 우리나라의 연평균 경제성장률은 2000~2015년 3.9%에서, 2016~2025년 1.9%, 2026~2035년 0.4% 수준으로 지속적으로 하락할 것으로 전망된다.

이 같은 생산가능인구(15~64세) 감소와 고령인구의 급증은 복지국가의 핵심 제도 및 운영의 지속 가능성에 직접적인 영향을 미친다. 예를 들어, 국민연금 등 노후소득보장제도는 보험료를 내는 생산연령인구가 줄고 급여를 받는 고령인구가 늘어남에 따라 재정적 부담이 점점 커지고 있다. 더불어 고령화는 만성질환과 장애 인구의 절대 규모 및 비중 증가로 이어지며, 이는 보건의료체계 전반에 추가적인 부담을 초래할 것으로 전망된다(우해봉, 2023). 2023년 기준 등록장애인 수는 약 264만 7천 명이며, 이 중 65세 이상 고령 장애인 비율은 54.3%에 이른다. 또한 성인 장애인의 84.8%는 만성질환을 앓고 있어, 보건의료 자원 및 서비스 수요가 급증하고 있다.

인구피라미드는 인구통계(데이터)의 효율적 구현 수단으로서 특정 시점의 인구의 연령 구조와 성별 분포, 고령화, 저출산, 청년층 감소 등의 인구변화를 직관적으로 보여주는 장점이 있다. 특히 국가 간·그룹 간 차이를 시각적으로 보여줄 수 있어(허찬국, 2017), 본 절에서는 한국의 인구구조 변화의 특성에 따른 장애 인구의 변화를 구체적으로 파악하고자 하였다.

국가데이터처의 연도별 인구피라미드의 모습은 다음과 같다([그림 2-1] 참조). 우선, 1960년 한국의 인구피라미드의 모습을 보면, 피라미드 형태로서 전형적인 인구 확장형의 모습을 하고 있다. 밑변인 0~19세 연령층이 전체 인구의 상당 부분을 차지하고 있고, 유소년 인구의 비율이 높아 젊은 인구구조를 반영하는 전형적인 삼각형 구조이다. 이 모양은 높은 출생률과 상대적으로 낮은 기대수명을 반영한다.

반면 2025년 인구피라미드를 보면, 인구 수축형인 항아리형으로 30~50대 인구가 가장 많아 중간이 볼록한 항아리 형태를 띠고 있으며, 저출산으로 인해 0~14세 연령층이 가장 적어 기저부가 좁은 모양을 이루고 있다. 반대로 고령인구(65세 이상) 비율이 약 20% 수준으로 상당 부분 확대되는 모양을 보인다. 이는 전형적인 선진국형 인구구조로, 지속적인 인구감소와 고령화 문제에 직면한 모습으로 이해할 수 있다.

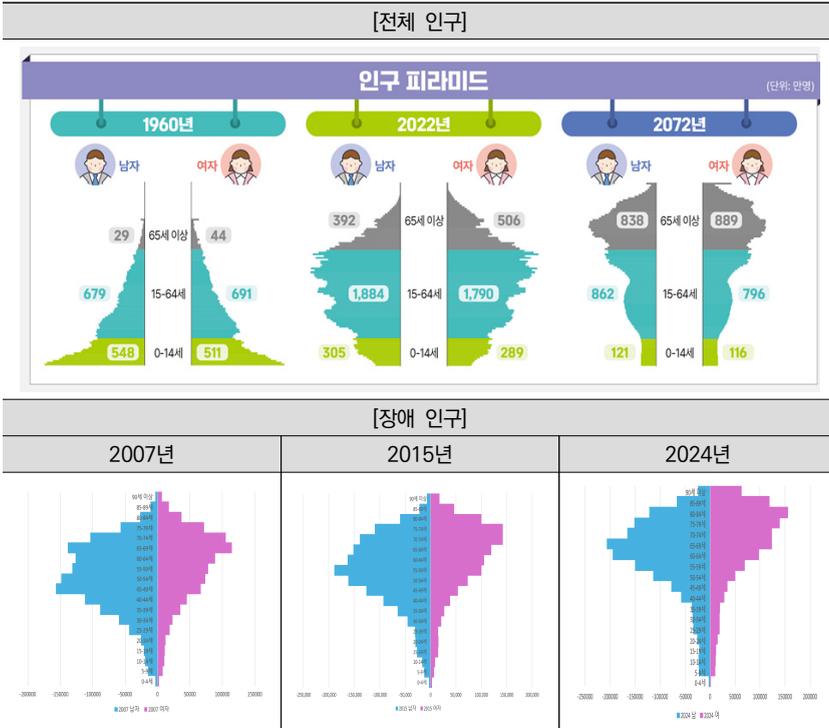
이처럼 한국의 인구구조는 21세기 들어 출산율 저하와 급격한 고령화의 진전으로 인구피라미드의 모양이 전통적 피라미드형에서 역피라미드형으로 전환하고 있는 과정에 있으며, 이는 고령화 사회의 도래, 청년 인구 감소, 부양 부담 증가, 경제활력 저하 등 복합적 사회문제의 근본 원인으로서 생각해 볼 수 있다.

장애인 인구는 장애인등록제가 시작된 1989년 약 17.6만 명으로 시작(전체 인구 대비 등록장애인 비율은 약 0.4% 내외)하여, 1997년 약 42만 명 수준이었다가 2000년 1차 장애범주 확대로 기존 장애범주(지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체 5종)에서 뇌병변장애, 발달장애(지적·자폐성), 정신장애, 신장장애, 심장장애 등 내적·정신적 장애 유형 5종이 추가되어, 총 10종으로 늘어나고, 2차 확대(2003~2008년)를 통해 안면장애, 장루·요루장애, 간장애, 간질(뇌전증)장애, 호흡기장애 등 내부장기 장애와 희귀질환, 만성질환 일부도 범주에 포함되면서 총 15종으로 확대되면서 2005년 약 177만 명 수준으로 확대, 2015년 약 249만 명 수준으로 증가, 2024년 약 263만 명 수준이다¹⁾.

1) 국가데이터처(1989, 1997, 2005, 2015, 2024). KOSIS 국가통계포털-전국 연령별, 장애 유형별, 성별 등록장애인 수 데이터 활용(1989, 1997, 2005, 2015, 2024) 연구자가 작성함.

18 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

[그림 2-1] 인구피라미드: 과거, 현재, 미래



주: (장애 인구) 국가데이터처(2007, 2015, 2024). KOSIS 국가통계포털-전국 연령별, 장애 유형별, 성별 등록장애인 수 데이터 활용(2007, 2015, 2024) 연구자가 작성.
 출처: (전체 인구) 국가데이터처(n.d.). KOSIS 인구로 보는 대한민국.
<https://kosis.kr/visual/populationKorea/PopulationDashBoardMain.do>

일반인구와 장애인 인구의 인구피라미드를 비교해보면, 두 집단의 고령화 양상에서 뚜렷한 차이가 드러난다.²⁾ 일반인구의 인구피라미드는 출산율 저하와 고령화로 인해 유소년층이 점차 좁아지고, 1960년대 베이비붐 세대가 중장년층을 이루면서 중간층이 두터운 방추형 구조에서 점차 역피라미드 형태로 변화하고 있다. 반면, 장애인 인구는 아동·청소년층의

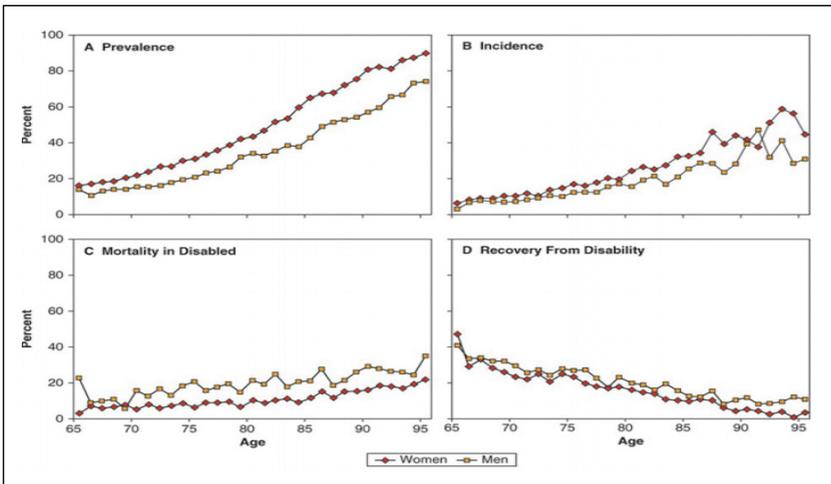
2) 가용할 수 있는 등록장애인 데이터를 최대한 활용하여 작성함.

비율이 매우 낮고, 고령층의 비중이 압도적으로 높아 이미 명확한 역피라미드 형태를 보인다(황주희, 2015). 즉, 장애인 인구에서는 고령화 현상이 전체 인구보다 훨씬 더 빠르고 심화되어 나타나고 있다. 이러한 장애인 인구구조는 2072년경 전체 인구에서 예상되는 초고령화 모습을 이미 현실화하고 있음을 알 수 있다.

2. 인구고령화에 따른 장애인구의 증가

초고령사회에서 연령 증가와 장애 경험은 불가피하게 연결된다. 노년층은 신체적·정신적 기능 저하로 인해 나이가 들수록 장애 유병률이 뚜렷하게 상승한다. 예를 들어, Banks et al.(2010)은 수단적 일상생활 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 기능에 제한을 겪는 비율이 60대에서 40%, 80세 이상에서는 75%까지 높아진다고 하였다.

[그림 2-2] 연령 증가에 따른 ADL 제한과 이동성 저하, 장애 회복률

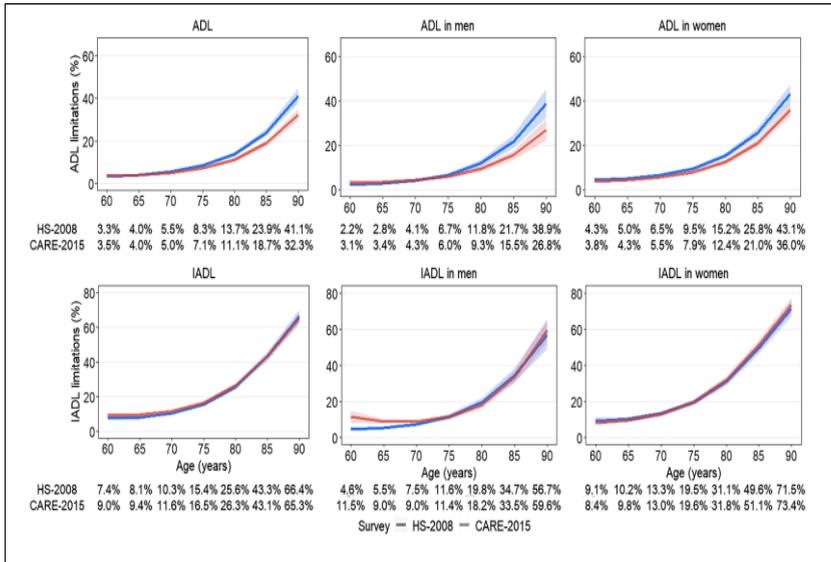


출처: Newman(2023). p. s4.

20 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

위의 그림은 미국의 Medicare 데이터를 분석한 최근의 연구 결과인데 65~74세 고령자의 약 30%가 일상생활동작(Activity of Daily Living, ADL) 장애를 경험하고, 85세 이상에서는 그 비율이 75% 이상으로 급증하는 것으로 보고되었다. 이동(mobility) 제한 또한 고령에서 더욱 빈번히 나타나고, 일단 장애가 발생하면 회복 기대가 낮아 고령자는 노화 과정에서 장애 경험이 불가피하다고 지적하고 있다(Newman, 2023, p. s4).

[그림 2-3] 연령 증가에 따른 장애 유병률(IADL 및 ADL)의 증가



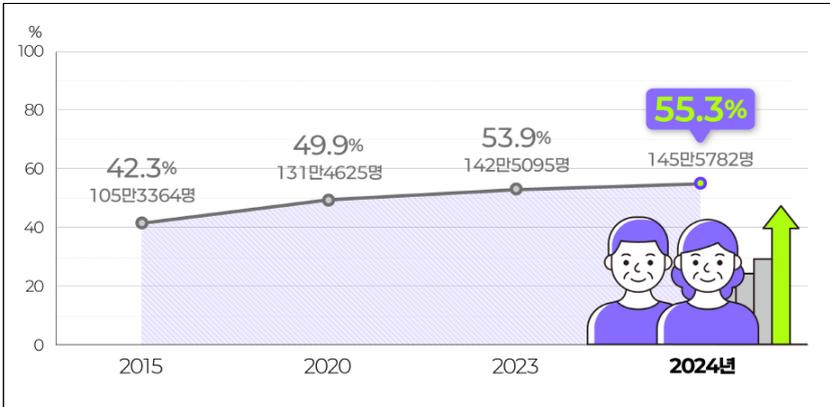
출처: Landré, Gil-Salcedo, Jacob, Schnitzler, Duravot, Sabia, Singh-Manoux. (2022). <https://www.nature.com/articles/s41598-022-23053-8>.

프랑스의 대규모 조사연구에서도 60세 이상의 인구에서 ADL 및 IADL(일상 및 수단적 생활수행능력) 장애 유병률은 65세 이후 20% 수준이며, 80대에는 60%까지 급격히 상승하는 것으로 확인되었다(Landr , Gil-Salcedo, Jacob, Schnitzler, Duravot, Sabia, Singh-Manoux,

2022). 이러한 통계는 연령의 증가와 장애는 불가분하게 연계되어 있음을 보여준다. 이에 고령화 사회에서 장애 증가에 따른 지원 정책의 중요성을 시사한다.

인구고령화에 따른 장애 유병률 상승 현상은 국내에서도 뚜렷하게 나타난다. 2024년 기준 우리나라 등록장애인 중 65세 이상 고령 장애인은 전체의 55.3%(약 145만 5,700명)로 과반을 넘어섰으며, 이 비중은 2015년 42.3%, 2020년 49.9%, 2023년 53.9%로 지속적으로 증가해 왔다. 이러한 현상은 기존 장애인의 고령화(Aging with Disabilities, AWD)뿐 아니라, 65세 이후 후천적으로 장애를 얻게 되는 노인성 장애인(Disability with Aging, DWA)의 확대에서 기인한다.

[그림 2-4] 65세 이상 등록장애인 비율



출처: 보건복지부(2025a. 4. 17.). 2024년 등록장애인 263만 1천 명, 전체 인구 대비 5.1% [보도자료]
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1485363&act=view.

3. 장애인의 고령화(AWD)와 노인성 장애인(DWA)의 증가

장애인 실태조사 재분석 결과에 따르면, 65세 이상 고령장애인 중 노인성 장애인(DWA)과 고령화 장애인(AWD)의 규모를 살펴보면, 2017년 고령화 장애인은 82.2%, 노인성 장애인은 17.8%를 차지하였고, 2023년에는 노인성장장애인이 28.0%를 차지해서 노인성장장애인의 비율이 조금씩 증가하고 있음을 알 수 있다.

[그림 2-5] 장애인 실태조사 데이터 재분석



출처: 연구진이 장애인 실태조사 데이터(2011, 2017, 2023)를 재분석함.

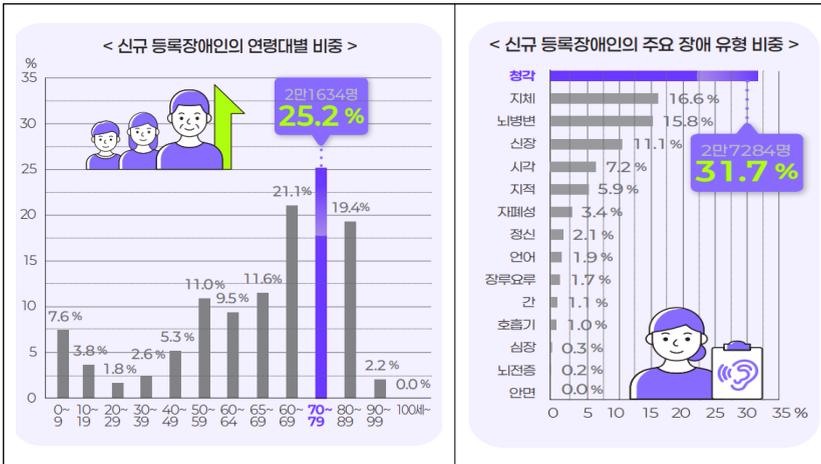
매년 신규로 장애 진단을 받고 등록하는 인구는 약 8만 5,000명 내외인데, 2024년 기준으로 이 가운데 65세 이상이 전체의 58.4%를 차지한다(보건복지부, 2025a). 연령별로 신규 등록 장애인 중 70대가 25.2%(약 2만 1,600명), 60대가 21.1%, 80대가 19.4%, 90세 이상이 2.2%로 나타난다. 주요 신규 장애 유형으로는 청각장애가 31.7%로 가장 많고,³⁾ 그

3) 고령장애인의 청각장애 등록률 증가에는 건강보험을 통한 보청기 지원금 정책이 중요한 역할을 한 것으로 보임(이인복, 2022). 인구 고령화로 인해 노령 난청 인구가 늘면서 보청기 지원 확대 필요성이 제기되었고, 이에 따라 2015년 11월부터는 청각장애 등록자에게 지급되는 보장구 환급금이 기존 34만 원에서 최대 131만 원으로 크게 높아짐. 이 금

외에 지체장애(16.6%), 뇌병변(15.8%) 등이 뒤를 잇는다.

이처럼 고령층의 장애 경험 증가와 고령 장애인 비율 확대는 단순 인구 고령화 이상의 사회적, 정책적 대응이 필요한 현상임을 시사한다. 고령 장애인은 대체로 기능 회복 전망이 낮기 때문에, 노인 정책과 장애 정책은 별개로 볼 것이 아니라 인구고령화와 장애 경험의 연계성을 함께 고려한 통합적 접근이 요구된다.

[그림 2-6] 신규등록장애인 특성: 연령별, 장애 유형별



출처: 보건복지부(2025a. 4. 17.). 2024년 등록장애인 263만 1천 명, 전체 인구 대비 5.1% [보도자료] https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1485363&act=view.

액은 보청기 구입비의 약 90%를 보전하며, 건강보험 일반 가입자는 최대 117만 9천 원, 차상위계층과 기초생활수급자는 131만 원까지 지원받을 수 있게 됨. 국민건강보험공단 통계에 따르면, 보장구 급여 지급 건수는 2014년 15,447건에서 2017년 말 54,879건으로 3.5배 이상 급증했으며, 같은 기간 보청기 관련 보험 지원금도 2013년 42억 원에서 2017년 645억 원으로 15배 이상 늘어남(임재관, 2018). 아울러, 장애인복지법상 청각장애 심사 요청 건수 역시 2015년 말 15,765건에서 2018년 말 65,478건으로 대폭 증가하여(조한웅, 2021), 정책 강화가 청각장애 등록과 지원에 직접적인 영향을 미친 것으로 해석할 수 있음.

제2절 1인 가구 관련 국내외 선행연구

1. 1인 가구의 개념과 증가 추세

가. 1인 가구의 개념

국가데이터처(2024c)에서 정의하는 1인 가구는 1인이 독립적으로 취사, 취침 등의 생계를 유지하는 가구로 정의하며, 가구 형태 중 하나로서 가장 널리 사용되는 개념이다. 이 외에도 「건강가정기본법」에서는 1명이 단독으로 생계를 유지하고 있는 생활 단위(법률 제21065호, 제3조 제2호의2)로 정의하기도 하고, 서울시의 조례에서는 1명이 단독으로 취사·취침 등을 하며 생계를 영위하는 생활 단위로 정의한다. 지방자치단체별 1인 가구 관련 조례가 있는 경우에도 유사한 정의를 채택하고 있다.

일반적으로 1인 가구는 단독가구, 독거가구, 독신가구 등의 용어와 혼용되어 사용되기도 하며, 법적 배우자가 없는 상태의 가구인 독신가구, 1인 또는 부부가 한 가구를 형성하는 단독가구(노인 부부 단독가구 포함) 그리고 1명이 독립적으로 생계를 유지하는 1인 가구와 혼용해서 사용한다. 사회학적 관점에서는 1인 가구는 단일인이 거주하는 주거 단위로 정의하지만 혈연가구 등 일반적인 2인 이상 가구와 중요한 이질성이 있는 그룹임을 강조한다. 1인 가구 형성의 원인으로 (1) 자발적 1인 가구(개인 선택에 의한 독립생활), (2) 비자발적 1인 가구(사별, 이혼, 별거 등으로 인한 독거) 등으로 구분하기도 한다.

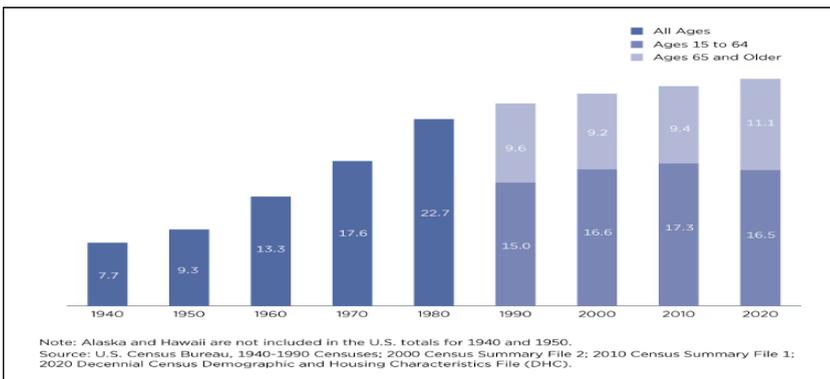
최근 글로벌 연구에서는 1인 가구를 식료품, 주거, 기타 생활 필수품을 독립적으로 조달하는 단일인으로 구성된 가구로 정의(United Nations, 2022)하여 1인 가구는 이러한 물품의 조달을 혼자 담당하는 단위로 정의

하기도 한다. 이러한 접근은 국가 간 비교 가능성을 높이고자 하는 것이며, 물리적 동거보다 경제적 독립성을 강조하는 추세로 가고 있다 (Esteve, Pohl, Becca, Fang, Galeano, García-Román, Reher, Trias-Prats, & Turu, 2024).

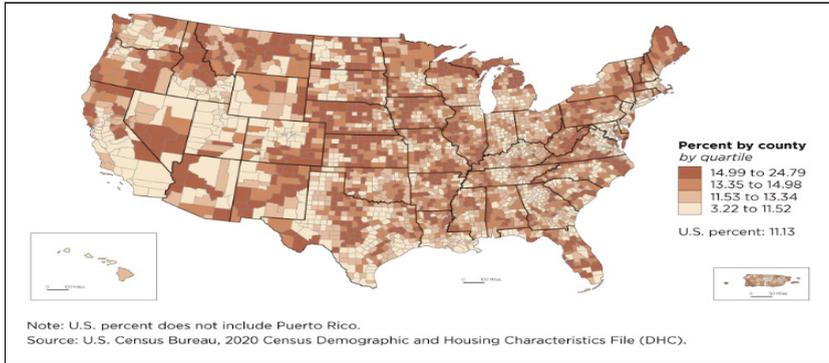
나. 현대 사회의 1인 가구 증가 추세

현대 사회에서 가장 두드러진 사회적 변화 중 하나는 1인 가구의 꾸준한 확산이다. 미국의 경우 1인 가구 비율이 1940년 7.7%에서 2020년 27.6%로 크게 늘었으며, 특히 1970년대에서 1980년대에는 17.6%에서 22.7%로 가장 가파른 증가세를 기록했다(U.S. Census Bureau, 2023). 이러한 성장세는 전체 인구뿐 아니라 65세 이상 고령자 집단에서도 확인할 수 있다. 아래의 그림에서 확인할 수 있듯이, 고령 1인 가구의 분포는 지역별 편차를 보이는데, 중서부 지역은 비율이 가장 높고, 플로리다, 메인, 오리건 등에도 고령 1인 가구가 다수 분포된다. 반면, 알래스카와 유타주는 고령 1인 가구 비중이 상대적으로 낮은 편이다.

[그림 2-7] 미국의 1인 가구 비율과 지역별 분포



26 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로



출처: U.S. Census Bureau. (2023). Share of one-person households more than tripled from 1940 to 2020. Census.gov.
<https://www.census.gov/library/stories/2023/06/more-than-a-quarter-all-households-have-one-person.html>.

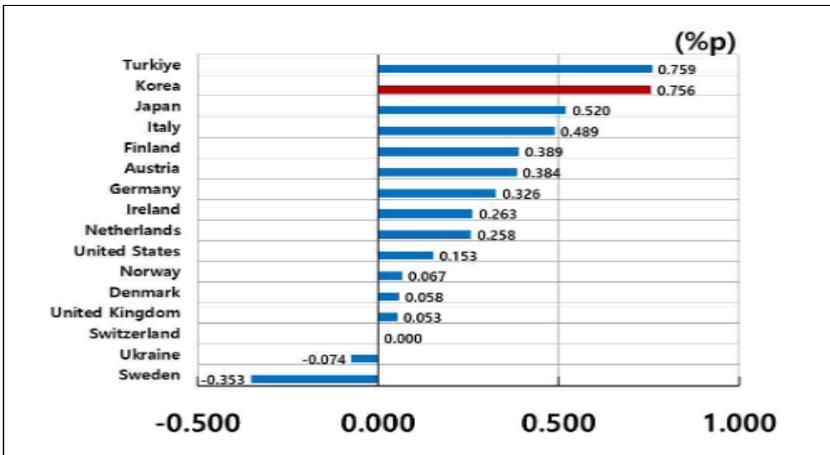
유럽 국가들 역시 유사한 현상을 보인다. 최근 연구에 따르면, 유럽에서는 65세 이상 인구의 약 20%가 혼자 사는 것으로 나타났으며, 이는 출산율 저하, 기대수명 연장, 가족구조 변화 등 복합적 인구학적 요인의 영향을 받는다(Puyané, Chabrera, Camón, & Cabrera, 2025). 영국의 고령화 종단연구(ELSA) 결과에서도 인구 고령화와 더불어 1인 가구 비중이 점차 늘어나고 있으며, 이에 따라 고령자의 생활 곤란과 사회적 위험 역시 증가하는 것으로 나타났다(Banks et al., 2010).

한국의 1인 가구도 글로벌 추세와 유사한 흐름을 보인다. 한국의 1인 가구는 2023년 782만 9천 가구로 전체 인구의 35.5%가 1인 가구로 가장 많은 가구 유형이며 증가 속도도 팬데믹 이후 매우 빠르다. 연령대별로는 70세 이상이 19.1%로 가장 높은 비중을 보이며, 2022년까지는 29세 이하가 가장 많았으나 2023년부터 70세 이상이 역전하는 모습을 보인다(이재호, 유지원, 2024). 행정안전부 주민등록 통계에서는 1인 가구가 1,002만 가구를 돌파하여 전체 가구의 41.8%를 차지한다고 발표했다. 연령별로는 60대가 185만 가구로 가장 많고, 60세 이상 노년층이 전

체 1인 가구의 38%를 차지한다(행정안전부, 2024).

유럽에서는 경제발전이 비교적 일찍 이루어진 국가들, 예를 들어 노르웨이, 스웨덴, 독일 등에서 1인 가구 비중이 40%를 넘어서는 등 매우 높은 수준을 기록하고 있다. 반면, 우리나라의 1인 가구 비율은 아직 이들 국가에 비해 낮은 편이지만, 증가 속도만큼은 매우 빠르다는 점이 주목된다. 실제로 2000년 이후 2019년까지 우리나라의 1인 가구 비중은 매년 평균 0.756%p씩 상승하였고, 이는 주요 국가 중 튀르키예에 이어 두 번째로 높은 증가세에 해당한다(이재호, 유지원, 2024). 이러한 통계는 비록 현재의 절대 비율은 다소 낮더라도, 1인 가구 증가 추세에서는 한국이 국제사회에서 매우 빠르게 변모하고 있음을 단적으로 보여준다.

[그림 2-8] 국가별 연평균 1인 가구 비중 증가 속도



출처: 이재호, 유지원, (2024). 최근 1인 가구 확산의 경제적 영향 평가: 소비에 대한 영향을 중심으로. BOK 이슈노트, 31, p. 4.

개인주의 문화의 확산과 전통적 공동체 지지의 약화는 고령 인구의 사회적 고립과 외로움을 심화시키는 요인으로 작용하고 있다. 아시아 국가들도 예외가 아니다. 홍콩, 인도네시아, 말레이시아, 대만 등지에서도 다세대 가족 형태가 감소하고 독립적인 1인 가구가 증가하는 양상이 공통적으로 관찰된다. 이러한 변화는 여성의 교육 수준 향상, 경제활동 참여 확대, 만혼 및 비혼 인구 증가 등에서 원인을 찾을 수 있다.

한국의 1인 가구 발생 이유는 '배우자 사망'(31.9%), '학업 및 직장'(22.4%), '혼자 살고 싶은 욕구'(14.3%) 등이 조사되었으며(국가데이터처, 2024b), 이 집단의 평균 소득은 전체 평균의 66% 수준, 순자산은 다인가구의 59%에 불과하고 고용 불안이 상대적으로 높다(이재호, 유지원, 2024). 지역적으로는 경기도, 서울, 전남 등에서 1인 가구 비율이 높으며, 이는 사회적 지지 체계와 생활 인프라, 고령화 속도 등과 결합하여 다양한 사회적 함의를 지닌다.

2. 생애주기별 1인 가구가 겪는 어려움

1인 가구의 특성은 서구와 동아시아권에서 차이를 보인다. 미국 등 서구 사회에서는 고학력·중산층이 자발적으로 개인의 프라이버시 및 독립을 목적으로 1인 거주를 선택하는 경향이 강한 반면, 한국에서는 상대적으로 학력과 경제력이 낮은 노인, 또는 가족·친족 관계가 약화된 집단에서 비자발적으로 1인 가구가 되는 사례가 두드러진다. 즉, 한국에서 1인 가구 증가는 구조적 취약성, 가족관계 약화, 빈곤 등의 사회문제와 맞물려 발생한다는 점이 특징이다. 이러한 경향은 가족관계 및 결혼·소득 구조의 변화, 빠른 고령화 등 다양한 사회·경제적 변동과 긴밀한 관련이 있다(Park & Choi, 2015).

특히, 배우자와의 사별 또는 이혼 등과 같이 부정적 인생 사건을 겪으면서 1인 가구로 전환한 노인들은 사망 위험이 34% 높아진다는 연구도 있다(Abell & Steptoe, 2021). 반면, 개인적 선택 등 다른 이유로 1인 가구가 된 경우에는 이러한 위험 증가 현상이 뚜렷하지 않았다. 이는 거주 형태 자체보다는 1인 가구로 전환하게 된 맥락, 특히 갑작스러운 상실 경험이 고령층의 삶의 질과 건강에 큰 영향을 미친다는 점을 시사한다. 이처럼 인구 고령화, 출산율 감소, 개인주의 확대, 경제·사회 구조 변화 등 다양한 요인이 맞물려 1인 가구가 세계적으로 빠르게 증가하고 있으며, 특히 한국 사회는 그 변화가 매우 역동적으로 전개되고 있음을 알 수 있다.

가. 청년기 1인 가구 특성

생애주기별 관점으로 1인 가구의 특성을 살펴보면, 우선 청년기 1인 가구의 경우 주된 어려움은 사회적 고립과 주거 빈곤 및 경제적 취약성으로 요약된다. 김아래미, 이해님, 노혜진(2025)은 청년의 사회적 고립 양상을 체계적으로 분석하여 네 가지 유형으로 분류했는데 연구진은 사회적 관계, 외출 빈도, 지원체계 활용 수준을 기준으로 ① 건강취약형(9.7%), ② 독립생계채무형(20.2%), ③ 미취업빈곤형(21.7%), ④ 가족의존형(48.4%)으로 구분하였다. 분석 결과, 가족 지원이 제한적이지만 공적 지원을 적극 활용하는 집단과 대인관계는 유지하나 은둔 성향이 강한 집단에서 사회적 고립 위험도가 특히 높다고 보고하고 있다. 노혜진(2018)의 연구 결과에 의하면, 청년 1인 가구가 타인과 상호작용하는 시간은 일평균 74분으로, 다른 가구 형태 대비 55~60% 수준에 불과해 관계적 고립이 심각하다고 하였으나, 위기 상황에서 도움을 받을 수 있다고

응답한 비율은 다른 연령층보다 높아 사회적 네트워크에 대한 상반된 양상이 확인되기도 하였다.

또한 청년층을 지칭하는 ‘88만 원 세대’, ‘5포 세대’ 등의 용어는 이들이 직면한 고용 불안정과 주거 문제를 상징적으로 나타낸다. 장진희, 김연재(2016)는 서울시 청년 여성 1인 가구 대상 실태조사를 통해 이들의 경제적 위치와 주거 환경을 종합 분석했다. 조사 결과, 연립/다세대 주택(31.9%), 오피스텔(29.0%), 고시원/원룸(21.5%), 아파트(13.0%) 순으로 거주하고 있으며, 최저임금 이하 소득 집단의 42.1%가 고시원이나 원룸에 거주하여 소득 수준과 주거 질 간 밀접한 연관성을 보였다. 여성 1인 가구는 주거 선택 시 주거 환경의 질보다는 직장이나 학교와의 접근성, 교통 편의성, 경제적 부담 등을 우선으로 고려하는 경향을 보였고, 특히 치안 및 안전에 대한 관심도는 연령대별로 차이를 나타내, 청년 여성 1인 가구 14.2%, 중장년 여성 1인 가구 10.7%, 고령 여성 1인 가구 6.2% 순으로 점차 감소하는 패턴을 확인하였다. 이러한 경향은 연령별 1인 가구의 거주 분포 현황을 알아본 연구에서도 비슷하게 드러난다.

김비오(2019)는 청년 가구의 주거 빈곤 결정요인을 분석한 결과, 최저주거기준 미달이나 주거비 과부담 상황에 노출된 청년 가구가 전체의 33.1%에 달한다고 보고했다. 특히 이 연구는 저소득 1인 가구 여부, 성별, 교육 정도, 거주 지역 등이 주거 빈곤에 중요한 영향을 미친다는 점을 밝혔다. 강은나, 이민홍(2016)도 청년 1인 가구가 다인가구 대비 더 높은 근로 빈곤율과 실업률을 보이며, 불안정한 일자리나 저임금 근로에 노출될 위험이 크다고 분석했다. 또한 우울감, 자살 충동 등 정신건강 지표에서도 다인가구보다 취약한 양상을 보고한 바 있다.

나. 중장년기 및 노년기 1인 가구 특성

문헌 고찰에 있어 중장년기(40세 이상 65세 미만)와 노년기(65세 이상)의 구분이 연구자에 따라 명확하지 않은 경우가 많아 이 절에서는 이를 통합하여 제시하였다. 중장년 및 노년기 1인 가구는 청년층과 마찬가지로 사회적 고립과 외로움을 주요한 어려움으로 경험한다. 중장년기 1인 가구의 형성 배경은 미혼, 이혼, 별거, 사별 등 가족·사회적 변화뿐만 아니라 자발적 선택에 의한 1인 가구 형성도 있으나, 비자발적 형성이 더 많다. 이러한 경험은 우울감이나 상실감, 인간관계 단절로 이어질 수 있다는 보고도 있다(김순미, 박선영, 2021; 송민혜, 2021). 고독사 위험군 중장년 남성은 경제적 빈곤, 만성질환 및 기능 저하, 심리적 위축과 공공 지원 부족으로 고립 위험이 지속되는 경향을 보이는 것으로 나타났다(박선희, 최영화, 2020). 40대 중년 비혼 여성 역시 건강 문제와 경제적 압박에 직면하며, 시간이 흐를수록 고독과 외로움이 심화하는 것으로 보고된다(두지가, 김서현, 2025).

Lyu, Siu, Xu, Osman, & Zhong(2024)의 연구는 미국의 50세 이상 성인 13,649명을 2006~2020년까지 추적한 건강퇴직연구(Health and Retirement Study, HRS)와 Medicare 자료를 분석하여, 4년 간격으로 사회적 고립 변화(증가·유지·감소)와 사망, 장애, 치매, 심혈관질환, 뇌졸중 등 건강 결과의 연관성을 평가했다. 그 결과, 독거노인의 사회적 고립은 심혈관질환, 우울, 인지기능 저하, 사망률 증가와 밀접히 관련되어 있었으며, 사회적 고립의 심화는 공중보건 차원에서 독립적인 위험 요인이라는 점이 확인되었다. 연구진은 이에 따라 고립 예방을 위한 조기 개입, 사회적 연결망 강화, 지역사회 기반 프로그램 개발의 필요성을 강조했다.

이와 함께 Lee, Kim, & Park(2024)의 문헌 고찰은 미국 테네시 농촌

지역 고령자를 중심으로 고립·외로움 예방 전략을 검토했다. 연구에서는 농촌 노인이 건강 악화, 장애, 빈곤, 낮은 인구밀도 등 구조적 취약성과 함께 교통·의료·정보 접근성 부족으로 인해 도시 노인보다 더 높은 고립 위험에 노출되어 있다고 지적하였다.

생활 습관 측면에서, 양은모, 배호중(2024)은 국가데이터처 2019년 생활시간조사 자료를 활용하여 노인 1인 가구의 일상 패턴을 분석했다. 10분 단위로 수집된 행동·수면·식사·여가 시간 자료를 바탕으로 한 분석에서 남녀 간 식사·여가시간 활용에 차이가 있었으며, 연령이 높고 학력이 낮을수록 식사 활동에 쓰는 시간이 적게 나타났다. 국외에서도 유사한 결과가 보고된다. García-González et al.(2024)의 스페인 연구에 따르면 독거 노인은 외로움과 신체적 제약으로 인해 식사 준비와 식품 구매에 어려움을 겪고, 이는 끼니를 거르거나 불균형한 영양 섭취로 이어져 영양 실조 위험을 높인다고 보고하고 있다.

김세진, 김혜수(2024)가 2020년 가족실태조사 자료를 재분석한 결과, 중고령 1인 가구가 겪는 가장 큰 어려움은 균형 잡힌 식사 유지와 질병·건강 악화 시 대처였으며, 향후 생활에서 가장 우려하는 점 역시 ‘건강 악화 시 돌봄 문제’(41.0%)로 나타났다. 정책적 수요 측면에서, 중고령 1인 가구가 가장 많이 요청하는 지원으로 주택 안정(33.6%), 그다음으로 돌봄 서비스(21.9%), 건강증진 지원(13.8%)을 꼽았다고 보고하였다. 이는 노년기 1인 가구가 주거·돌봄·건강 전 영역에서 통합적이고 다층적인 지원을 필요로 함을 보여준다.

3. 장애인 1인 가구의 증가와 중첩된 취약성

가. 장애인 1인 가구의 증가

장애인 1인 가구는 국제적으로 공통된 증가 추세를 보인다. 스웨덴의 종단 연구(Sandström, Namatovu, Ineland, Larsson, Ng, & Stattin, 2021)는 1993~2011년 동안 추진된 장애인 사회 통합 등 광범위한 정치 개혁하에서 장애인과 비장애인의 독거 생활 확률 변화를 분석하였다. 그 결과, 장애인은 비장애인보다 독거 확률이 약 2배 높고, 독거 상태 유지를 더 오래 하는 경향을 보고하였다. 연구진은 이를 파트너십 형성 및 가족 구성 과정에서의 구조적 제약 때문이라고 해석했다. 또한 당시 스웨덴의 권리 강화 정책이 거주 환경 개선·고용 기회 확대·자율성 향상에는 기여했지만, 가족 관계 형성에는 직접적 효과가 없었다고 분석했다.

미국의 연구에서도 비슷한 결과가 관찰된다. von Reichert(2022)와 Henning-Smith(2022)는 비장애인의 독거 비율이 약 10%지만, 장애인은 약 20%로 두 배 수준이라고 보고했다. 이들은 장애인 1인 가구가 가족·구성원의 지원 부족, 사회적 고립, 일상생활 지원의 어려움, 자원 접근성 취약 등 다중 위험에 직면한다고 지적했다. 영국의 연구(Emerson, Fortune, Llewellyn, & Stancliffe, 2021)에서도 장애인이 비장애인보다 외로움, 사회적 지지 부족, 사회적 고립을 경험할 가능성이 더 높고, 이러한 외로움이 단순한 사회적 활동 참여 여부보다도 웰빙에 더 큰 부정적 영향을 미친다고 분석했다.

청년기 장애인의 1인 가구 형성 배경에는 파트너십 형성과 가족 구성에서의 어려움 등이 기인한다는 연구들이 있다. 다수의 국제 연구들은 장애인이 결혼이나 동거 관계에 진입하는 과정에서 상당한 제약을 경험한

다는 점을 일관되게 보고하고 있다. 즉, 결혼이나 동거 관계 등의 파트너십의 형성은 사회적 인정과 삶의 질을 결정짓는 핵심 이행 단계로서 이들 연구에서는 장애가 이러한 삶의 전환 과정에서 지속적으로 어떻게 불리하게 작용해왔는지를 살펴보았다. 실제 장애의 상태는 청년들의 결혼 또는 동거 확률과 강한 음의 상관관계를 확인하였다(Savage & McConnell, 2016; Tumin, 2016). 최근의 연구에서는 장애가 있는 개인은 파트너십을 형성할 확률이 비장애인에 비해 약 60% 낮다고 보고한다(Vikström, Junkka, & Karhina, 2021). 이러한 패턴은 단순한 개인적 선호의 문제가 아니라, 사회구조적 요인에 기인하는 것으로 해석된다.

Cheng & Smylie(2016)의 캐나다 인구 기반 분석에서 장애 여성이 미혼 상태를 유지할 확률은 비장애 여성보다 1.37배, 별거·이혼·사별을 경험할 확률은 1.47배 높게 나타났다. 특히 지적장애 여성의 경우 이러한 격차는 더욱 심화되어 미혼 확률이 3.77배, 관계 해체 확률이 3.16배 높았다. 파트너십 형성의 어려움은 자연스럽게 가족 구성과 부모가 되는 기회의 제한으로 이어진다. 또한 파트너십을 형성했다고 하더라도 장애인은 관계 해체의 높은 위험에 노출된다. 앞서 언급된 연구들은 장애인이 이혼이나 별거를 경험할 가능성이 비장애인보다 높다는 점을 공통으로 확인하고 있다(Clarke & McKay, 2008; Savage & McConnell, 2016). 이는 장애로 인한 경제적 부담, 돌봄 스트레스, 사회적 편견 등이 복합적으로 작용한 결과로 해석된다.

미국 연방준비제도(Federal Reserve)의 최신 보고서(Merchant, Troland, & Webber, 2025)는 장애인 1인 가구의 경우 장애로 인한 부담을 타인과 분담할 수 없는 구조로 인해 경제적 압박이 크며, 가정 내 추가 노동력 부재로 식사·청소 같은 필수 서비스 지출이 증가한다고 밝혔다. 이 연구에서는 연방준비제도의 Survey of Household Economics

and Decisionmaking(SHED)(2019~2023년) 자료를 분석하였는데 장애인에게는 ‘숨겨진 비용(hidden costs)’이 존재하며, 이는 전체 재정 안정감 격차의 40% 이상을 설명한다고 보고하고 있다. 일례로 2인(배우자·파트너) 단일 소득 가구에서 장애가 있을 때 연 소득 약 2만 5천 달러 감소 효과와 유사한 충격을 준다고 지적하였으며, 1인 가구에서는 이 부담이 훨씬 크게 나타난다고 보고하였다.

한국에서도 장애인 1인 가구는 장기적으로 증가하고 있다. 장애인 실태조사에 따르면, 장애인 가구 중 1인 가구의 비율은 2011년 17.4% → 2020년 27.2% → 2023년 26.6%로, 2023년 등록장애인 1인 가구는 약 70만 명에 달한다. 윤민석, 변금선, 이영주(2022)의 분석에서는 장애인 1인 가구가 다인가구에 비해 경증장애 비중이 높으며, 90% 이상이 50대 이상 장노년층이고, 주거 형태는 다인가구에 비해 단독주택과 반지하가 많고, 대부분 전·월세로 거주하면서 주거비 부담과 장애인 편의시설 부족 문제를 동시에 겪고 있다고 보고하였다. 이들은 특히 경제적으로는 기초생활보장 급여와 장애인연금에 주로 의존하고 있다고 밝힌 바 있다(윤민석, 변금선, 이영주, 2022).

한국장애인개발원(2025)은 65세 이상 장애인의 39.4%가 1인 가구이며, 이 중 26.3%가 사회적 고립을 경험한다고 보고했으며, 이는 같은 연령대 비장애인 노인(15.5%)보다 약 1.7배 높다고 지적하였다. 최혜린(2025)은 중장년기 장애인 1인 가구의 주된 어려움으로 외로움, 건강 악화, 경제적 빈곤을 지적하였다. 신중년 장애인의 경우 경제활동과 사회활동(특히 종교활동)이 삶의 만족도에 중요한 영향을 미쳤는데, 낮은 사회경제적 지위 인식은 심리적 위축과 좌절로 연결되었고, 종교활동은 스트레스 완화와 사회적 네트워크 형성 수단으로 작용했다고 하였다.

주거 측면에서 Trivedi, Meschede, & Gardiner(2020)는 장애인 1

인 가구의 27%가 월소득의 절반 이상을 주거비로 사용(심각한 주거비 부담)하며, 비장애인 1인 가구보다 주거비 부담률이 훨씬 높다고 보고했다. 또 이들은 주거의 질적 결함(집수리 미흡, 난방·위생 문제)을 더 자주 경험하고, 범죄율이 높거나 홍수와 같은 자연재해 위험이 큰 지역에 거주할 확률도 높았다. 이러한 환경은 응급 상황 대응의 어려움, 서비스 접근 부족, 낮은 소득·자산과 결합하여 경제·사회적 취약성을 심화시킨다고 하였다.

나. 장애인의 중첩된 취약성(복합적 취약성)

킨리스(Kinlessness) 현상은 Verdery et al.(2019)이 전 세계 34개국을 대상으로 한 대규모 비교연구 수행을 통해 주목받기 시작했다. 이 연구에서는 고령(50세 이상) 인구 중 ‘배우자와 생물학적 자녀가 모두 없는 경우’와 ‘배우자와 생물학적 자녀, 형제자매가 모두 없는 경우’로 엄격하게 구분하여 비율을 산출하였다. 킨리스가 높은 비율(전체 인구의 10% 이상)인 국가는 캐나다, 아일랜드, 네덜란드, 스위스, 중간 비율(6~8%)의 국가는 미국, 독일, 프랑스 등 서구 선진국, 낮은 비율(2% 미만)의 국가로 중국, 한국이 분류되었다. 이러한 킨리스의 주요 원인은 (1) 출산율의 감소(지속적인 저출산으로 인한 가족 규모 축소), (2) 혼인 제도의 변화(결혼 연령 상승, 비혼 증가, 이혼율 상승), (3) 수명 연장(배우자나 자녀보다 오래 생존할 확률 증가), (4) 지리적 이동성 증가(가족 구성원 간의 물리적 거리 확대)로 실제로 출산율과 킨리스 비율 간에 강한 음의 상관관계가 확인되었으며, 과거의 출산율이 현재 킨리스 비율의 31%를 설명한다고 보고한다.

주목할 부분은 킨리스의 사회적 영향과 취약성이다. 킨리스 중고령자

는 가족 지원이 있는 중고령자에 비해 다양한 측면에서 불리한 상황에 처한다. 건강 관련 결과로는 자가평가 건강상태가 나쁘거나 보통인 비율이 높고, 만성질환 유병률이 증가하며, 우울증과 외로움 경험률이 증가한다(Verdery, Margolis, Zhou, Chai, & Rittirong, 2019; Patterson & Margolis, 2023). 사회경제적 결과로는 교육 수준이 상대적으로 낮고, 경제적 취약성이 증가한다(Verdery et al., 2019). 의료 이용 패턴에서는 응급실 이용률이 증가하고, 요양시설 입소율이 증가(18.1% vs. 10.3%)하며, 임종기 가족에 의한 돌봄 시간이 적어 충분한 돌봄을 받지도 못한다(주당 34.7시간 vs. 56.2시간)(Plick, Ankuda, Mair, Husain, & Ornstein, 2021). 성별 차이는 여성이 남성보다 킨리스 비율이 높으나 국가별로 상이한 양상을 보인다(National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Committee on Population, 2023; Verdery et al., 2019). 흥미로운 부분은 향후 50세 이상 중고령층의 킨리스 비율과 절대 규모는 전 세계적으로 크게 증가할 것이라는 점이다.

한국은 현재 킨리스 비율이 상대적으로 낮은 국가 중 하나이지만, 급속한 인구구조 변화로 인해 킨리스의 비율이 급격하게 증가할 것이 예측되는 국가이다. 주요 변화 요인으로 세계 최저 수준의 출산율(2023년 기준 0.72명), 1인 가구의 급증(전체 가구의 36.1%로 가구 유형 중 최대 규모), 비혼의 증가(결혼에 대한 가치관 변화), 고령화 가속(2025년 초고령 사회 진입) 등이 거론된다. 이는 전통적인 가족 중심 돌봄 체계에서 사회적 돌봄 체계로의 전환이 불가피해지고 있는 상황을 명확하게 드러내고 있다.

이러한 킨리스 현상 속에서 장애인 1인 가구는 복합적이고 중첩된 취약성(multiple vulnerabilities)에 노출된다. Godfrey, Nixon, Drazner, & Farr(2025)의 연구에서는 고령화 사회에서 증가하는 킨리

스(kinlessness) 현상이 증증 심부전 환자의 치료 접근성과 결과에 미치는 영향을 체계적으로 분석하였다. 이 연구에 따르면, 킨리스는 사회적 건강 지표 중 하나로서 사회적으로 균등하게 분포되지 않으며, 여성, 흑인, 장애인, 저소득층에서 현저히 높은 비율을 보인다고 보고하였다. 이는 킨리스가 단순한 개인적 상황이 아니라 사회구조적 문제와 교차하여 나타나는 현상임을 시사한다.

이에 킨리스 장애인의 경우 신체 증상 관리의 어려움, 감정적 지원 부족, 경제적 어려움, 입원율 증가 등 복합적 문제를 경험하는 것으로 보고하였으며, 이는 심혈관질환, 뇌졸중, 심부전 등의 발생 위험을 독립적으로 증가시킨다고 보고하였다. Norström, et al.(2021)의 연구는 1993년부터 2011년까지 스웨덴의 25~64세 성인 장애인을 대상으로, 이들이 1인 가구로 거주할 확률과 그 변화 추이를 비장애인과 비교·분석하였다. 연구에 따르면, 해당 기간 동안 장애인의 1인 가구 비율은 비장애인보다 약 2배 높았으며, 이동장애가 있는 집단의 경우 1993~1996년 27.3%, 2002~2003년 27.0%, 2010~2011년 31.1%를 기록한 반면, 비장애인은 같은 기간 각각 16.9%, 18.4%, 17.5%로 나타나 장애인의 취약성이 분명하게 드러났다.

삶의 질 측면에서 장애인은 비장애인보다 전반적인 삶의 만족도가 낮으며, 특히 1인 가구인 경우 그 격차가 더 크게 나타난다. 1인 가구 상태, 미혼 또는 이혼 경험은 정신건강과 주관적 행복감에 부정적인 영향을 미쳤다. 연구진은 이러한 현상이 단순한 개인의 선택이 아니라, 파트너 형성 기회에서의 구조적 불리함(사회적 낙인, 제한된 교제 기회, 경제적 격차 등)이 지속되어 나타나는 결과로 해석하였다(Norström et al., 2021). 결론적으로, 장애인 1인 가구는 비장애인에 비해 더 높은 빈도로 더 오랜 기간 동안 혼자 거주하며, 사회적 고립과 돌봄 공백의 위험에 구

조적으로 노출된다. 이는 자립생활 지원 및 사회적 관계망 형성 정책이 장애인 1인 가구를 대상으로 강화되어야 함을 시사한다(Norström et al., 2021).

Plick, Ankuda, Mair, Husain, & Ornstein(2021) 연구는 킨리스가 임종기 돌봄에 미치는 영향을 분석했는데, 특히 장애를 가진 킨리스 고령자의 경우 더욱 심각한 돌봄 공백을 경험한다고 보고했다. 킨리스 고령자는 평균 나이가 더 많고, 여성(77%)에서 비율이 높으며, 백인·저소득·저학력 집단에서 많았으며, 신체적 장애 및 인지장애의 동반 위험이 비장애 고령자보다 유의미하게 높은 것을 확인하였다. 킨리스 고령자는 가족이 있는 고령자에 비해 주당 34.7시간 vs. 56.2시간으로 현저히 적은 돌봄 시간을 받았으며, 요양시설 입소율도 18.1% vs. 10.3%로 높게 나타났다. 연구에서 킨리스 임종기 고령자는 가족이 있는 경우보다 요양시설에서 사망할 위험이 2배 높았고, 병원 사망 위험도 증가하는 경향을 보였다. 이 연구자들은 킨리스 상태가 단순히 사회적 고립을 넘어서 생명 말기까지 영향을 미치는 사회구조적 문제로서 제시하였으며, 이는 공공영역에서 돌봄 정책의 개입이 필요로 함을 시사한다고 할 수 있다.

제3절 1인 가구 관련 국내외 돌봄 정책 동향

1. 전통적 비공식 가족 중심 정책

인구사회학적 변화로 인해 야기되는 1인 가구의 증가와 킨리스 현상 등은 사회적 고립, 돌봄 공백, 의료 접근성 제약 등 다중적 취약성의 문제와 같은 새로운 사회적 문제들을 제기하고 있다. 이러한 변화는 전통적으로 가족이 담당해온 돌봄 역할에 대한 근본적 재검토를 요구하며, 특히 아시아 문화권의 집합주의적 가치와 공동체 의식에 기반해 설계된 한국의 복지정책 체계에 새로운 도전을 제기하고 있다.

한국 사회는 유교적 가족주의(Confucian familism)와 집합주의 문화의 영향으로 오랫동안 가족을 중심으로 설계되고 운영되어 왔다. 한국사회의 문화적 배경하에서 복지정책은 암묵적으로 가족 보호 우선, 사회 보호 나중(family protection first, social protection last)의 원칙이 적용되었으며(김연명, 2002), 1960년대부터 1980년대 개발주의 시기 동안의 권위주의 정부는 국가 생산성과 경제성장을 우선시하며 가족에게 돌봄 역할을 위임하는 정책을 추진, 여성이 결혼과 함께 직장을 그만두는 것이 일반적인 사회 현상으로 자리 잡게 했다는 지적이 있다(Wong, 2004).

이러한 한계에 직면하면서, 돌봄을 개인이나 가족의 사적 책임이 아닌 국가와 사회의 공적 책임으로 전환해야 한다는 새로운 복지국가 모델로서의 돌봄국가 논의들이 활발하게 진행되고 있다(김희강, 2016; 김희강, 2018; 송다영, 2022; 이상우, 2022). 한국의 이러한 논의들은 서구의 돌봄윤리 이론(Carol Gilligan, Joan Tronto, Eva Kittay 등)을 한국적 맥락에 적용하면서도, 한국 고유의 문화적 특성(효 사상, 가족주의 등)을

고려하여 해석하고, 특히 급속한 사회변화와 저출산·고령화라는 인구사회학적 변화에 대응하는 실천적 대안으로 모색한다는 점에서 지금의 시기는 대전환의 시기라 할 수 있다.

2005년 호주제 폐지와 2008년 가족관계등록법의 개편은 한국 복지정책이 가족 중심 설계에서 개인 중심으로 전환하는 상징적 변화를 보여준다. 호주제는 가부장적 가족 제도의 핵심으로서 가족 내 성별 위계질서를 법적으로 고착화하는 제도였다(황정미, 2005). 이 제도하에서는 아들이 딸보다 호주 승계에서 우선하며, 혼인 시 여성이 자동으로 남편 가족의 호적에 편입되고, 이혼 후에도 자녀가 아버지의 호적에 남아있는 차별적 구조가 유지되었다. 2005년 헌법재판소는 호주제가 개인의 존엄과 성평등이라는 헌법 이념에 반한다고 판시하며 위헌 결정을 내렸고, 헌법재판소의 결정 이후 2005년 3월 2일 국회는 호주제를 전면 삭제한 민법 개정안을 의결, 2008년 1월 1일부터 시행되면서 호주제가 완전히 폐지되었다. 이와 함께 호적제도도 폐지되어 개인별 가족관계등록부 제도가 도입되었다. 이러한 법제 개편은 단순한 행정 체계 변화를 넘어 우리 사회의 기본 단위가 가족에서 개인으로 이동하는 패러다임 전환을 의미한다.

이러한 법적 패러다임 전환과 대조적으로, 한국의 사회보장제도는 상대적으로 가족 중심적 구조를 유지하였다. 일례로 국민기초생활보장제도는 가족의 부양능력을 우선적으로 고려하는 부양의무자 기준을 두어 가족이 1차적 안전망 역할을 담당하는 전제를 오랫동안 고수하였다(홍경준, 송호준, 2003). 그러나 지속적인 저출산과 고령화 진행, 핵가족화로 인한 가족 규모의 축소와 함께 1인 가구의 폭발적 증가, 한부모 가족, 다문화 가족, 비혼 생활공동체 등 전통적 가족 범주를 넘어서는 다양한 가족 형태가 등장하고 있어 현행 사회보장 법제가 시대적 변화를 제대로 반영하지 못하고 있음이 드러나 2015년부터 부양의무자 기준을 단계적으

로 완화하여 개인 단위의 지원을 강화하는 방향으로 전환하고 있는 과정에 있다. 국민연금제도 역시 초기에는 가족 단위의 소득보장을 전제로 설계되었으나, 2000년대 이후부터 점진적인 변화가 시작되었다(장민선, 2023).

국민기초생활보장제도의 경우 2000년 도입 당시부터 강력한 부양의무자 기준을 적용했지만, 2010년대 중반부터 이를 단계적으로 완화하는 정책 전환이 이루어졌다. 2015년 맞춤형 급여제도 도입을 통해 급여별로 차등화된 선정기준을 적용하기 시작했고, 2017년부터는 중증장애인과 노인이 포함된 가구부터 부양의무자 기준을 순차적으로 폐지하기 시작했다(보건복지부, 2017). 2018년에는 주거급여에 대한 부양의무자 기준이 완전히 폐지되었으며, 2022년에는 생계급여의 부양의무자 기준도 원칙적으로 폐지되어 개인 단위 지원이 크게 강화되었다(보건복지부, 2022).

2023년 장애인 실태조사에 따르면, 장애인의 기초생활보장 수급률은 전체 인구에 비해 현저히 높은 수준을 나타내고 있다. 특히 주거급여 수급률이 20.7%로 가장 높아 장애인의 주거비 부담이 심각한 상황임을 보여준다. 전체적으로 장애인의 기초생활보장 수급률은 20.8%로, 전체 인구 평균 4.8%보다 약 4.3배 높은 수준이다(이민경 외, 2023). 급여 유형별로 살펴보면, 생계급여와 의료급여 수급률은 각각 17.4%, 17.3%로 비슷한 수준이나, 주거급여는 2020년 14.8%에서 2023년 20.7%로 5.9%p 증가하여 주거비 부담 증가가 뚜렷하게 나타났다. 반면 교육급여 수급률은 1.2%로 상대적으로 낮는데, 이는 대상 연령이 제한적이기 때문이다(이민경 외, 2023).

현행 국민기초생활 보장법은 장애인에 대한 일부 고려 사항을 두고 있으나, 그 범위와 수준에서 한계를 보인다. 부양의무자 기준에서는 중증장애인인 직계비속을 부양하는 경우 부양의무자에서 제외할 수 있으나, 경

증장애인에게는 여전히 엄격한 부양의무자 기준이 적용되어 가족 해체 위험이 상존한다.

장민선(2023)은 가족주의적 복지 모델이 변화하는 가족 구조를 충분히 반영하지 못하며, 개인과 가족 모두에게 과도한 부담을 초래할 수 있다고 지적하였다. 따라서 모든 개인이 가족에 의존하지 않고 독립적으로 존엄한 삶을 영위할 수 있도록 법과 복지 체계 역시 개인 중심으로 설계되어야 한다고 강조했다. 이는 복지 사각지대를 줄이고 민주주의 원리를 실현하기 위해서도 개인 중심 접근의 필요성이 크다는 점을 시사한다.

2. 인구사회학적 변화에 따른 보편적 돌봄 정책

현대 한국 사회의 급속한 가족 구조 변화는 새로운 형태의 취약계층을 출현시키고 있으며, 정부는 이에 대응하여 기존의 가족 중심 복지에서 개인 중심 복지로의 정책 전환을 추진하고 있다. 특히 인구고령화에 따른 새로운 취약계층을 위한 사업이 운영되고 있으며, ‘돌봄’ 분야에의 요구에 대응하는 새로운 돌봄 서비스들이 기존의 돌봄 제도(노인장기요양제도, 장애인활동지원제도, 노인 맞춤형 돌봄 등) 외에 운영되고 있다. 2023년 발표된 ‘청년 복지 5대 과제’는 이러한 변화를 대표하는 정책으로, 가족돌봄청년과 고립·은둔청년 등 새로운 취약계층에 대한 정부 차원의 첫 종합지원책을 제시했다. 가족돌봄청년 지원사업은 2024년부터 4개 시·도에 전담기관인 ‘청년미래센터’를 설치하고 돌봄코디네이터를 배치하여 원스톱 통합지원을 제공한다. 주요 지원 내용은 연 200만 원의 자기돌봄비 지급, 밀착 사례 관리, 자조모임을 통한 정서적 지지 등이다.

고립·은둔청년 지원에서는 전국 최초로 온라인 발굴 체계를 구축하고 활동형·활동제한형·은둔형으로 세분화된 맞춤형 프로그램을 제공하고 있

44 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

다. 서울시의 경우 2023년 지원사업을 통해 557명이 참여하여 126명이 취업이나 진학 등 사회복귀 성과를 보였다. 이러한 정책 변화로 예산 규모는 2024년 가족돌봄청년과 고립·은둔청년을 위한 예산이 37억 원으로 편성되어 2023년 대비 34억 원(약 11배) 증가한 수준이다(보건복지부, 2023b). 또한 서울시와 경기도 등 지방자치단체에서도 관련 조례를 제정하여 제도적 기반을 마련하고 있어 중앙정부와 지방정부가 연계된 포괄적 지원체계가 구축되고 있다.

또한 긴급돌봄과 일상돌봄서비스와 같은 돌봄 서비스가 도입되어 운영되고 있다. 긴급돌봄 지원사업은 주 돌봄자의 갑작스러운 부재나 응급상황 발생 시 19세 이상 국민에게 하루 최대 8시간, 30일 내 최대 72시간의 재가 돌봄서비스를 제공한다. 소득 수준에 관계없이 신청 가능하며 건강보험료 기준에 따라 본인부담금이 차등 적용된다. 반면, 일상돌봄서비스는 중앙정부에 의해 도입된 사업으로 2024년부터 시행되었다. 이 서비스는 질병·부상·고립 등으로 일상생활이 어려운 청·중장년(19~64세)과 가족돌봄청년(9~39세)을 대상으로 월 24~72시간의 재가 돌봄·가사서비스와 함께 식사·영양관리, 병원 동행, 심리지원 등의 특화서비스를 제공한다(보건복지부, n.d.).

〈표 2-1〉 긴급돌봄서비스, 일상돌봄서비스, 생애주기별 1인 가구 이용 여부

구분	서비스 내용	1인 생애주기				
		청년	중장년	노년		
긴급돌봄	대상	- 주 돌봄자 부재, 질병, 부상 등으로 일시적 돌봄이 필요하나 기존 서비스로 돌봄을 받기 어려운 19세 이상 국민 - '성인 돌봄'을 주 대상으로 하나, 예외적으로 긴급한 지원이 필요한 경우 연령에 관계 없이 지원 - 돌봄이 필요한 19세 이상 국민	○	○	○	
	재가 돌봄	- 목욕 등 신체청결, 옷 갈아입히기 등 몸단장 지원, 식사 도움, 체위변경 등 신체 수발지원 및 건강지원				
	가사 지원	- 청소, 설거지, 식사 준비 등 가정 내 일상생활 (청소, 세탁, 식사 준비)				
	이동 지원	- 장보기, 은행 방문 등 외출 시 동행하여 이동지원 및 업무 보조 등 제공(이동지원 서비스의 경우, 제공인력 개인차량 이용 불가)	○	○	○	
	방문 목욕	- 목욕 준비, 입욕 시 이동 보조, 몸 씻기, 머리 말리기, 옷 갈아입히기 등이며 목욕 후 주변 정리까지를 포함				
일상돌봄	대상	- 가족돌봄을 제공하고 있는 청년(9~39세): 동거하며 돌보고 있는 가족이 돌봄 필요성이 있고 청년이 가족을 직접 돌보거나, 돌보기 위한 경제활동을 하는 사람 - 청·중장년(만 19~64세)으로 돌봄 필요성이 있고 본인을 돌봐줄 가족 등이 없는 사람	○	○	X	
	기본	- 가정을 방문하여 제공하는 돌봄·가사 서비스 - 내용: 재가돌봄, 가사지원, 일상생활	○	○	X	
	특화 (청중장년)	- 식사·영양관리 서비스 - 병원동행 서비스 - 심리지원 서비스 - 휴식지원 서비스(단기시설 보호 지원)	- 소셜 다이닝 서비스(생활에 필요한 요리를 배우고 함께 식사, 사회참여)	○	○	X
	특화 (중장년)	- 교류증진 지원 서비스(지역주민과 소통, 교류) - 건강생활 지원 서비스(일상생활 건강상담 및 생활운용 프로그램)	X	○	X	

주 1: 지역별로 서비스 내용은 일부 달리하여 제공될 수 있음.

주 2: 보건복지부(n.d.)의 내용을 바탕으로 연구진이 재구성함.

긴급돌봄과 일상돌봄서비스는 보편적 접근성을 기반으로 설계되어 장애인 1인 가구도 이용이 가능한 서비스이다. 긴급돌봄서비스는 19세 이상 모든 국민을 대상으로 하여 장애인도 포함되며, 소득 기준 없이 신청 가능하고 본인 신청이 어려운 경우 친족이나 법정대리인, 담당 공무원의 직권 신청도 가능하다. 일상돌봄서비스 역시 돌봄이 필요한 청·중장년(19~64세)을 대상으로 하여 장애인이 포함되며, 월 24~72시간의 재가 돌봄·가사서비스와 함께 병원 동행, 심리지원 등의 특화서비스를 제공한다. 특히 고립 상황도 돌봄 필요성으로 인정되어 사회적 고립 위험이 높은 장애인 1인 가구에겐 적합한 지원책이 될 수 있다. 다만 생애주기별로 봤을 때, 일상돌봄서비스의 경우에는 노년층 장애인 1인 가구의 이용이 불가하다. 현재 장애인의 이들 서비스 인지도나 실제 이용률에 대한 구체적인 통계는 부재하며, 서비스 제공 과정에서 장애 특성을 고려한 맞춤형 접근이 이루어지고 있는지에 대한 검증도 미흡한 상황이다.

인구구조 변화에 대응하는 정책의 또 다른 축은 1인 가구 정책의 확대이다. 중앙정부 차원의 제도적·법적 지원이 아직 미흡한 상황에서 1인 가구 관련 정책은 주로 지방자치단체 조례를 중심으로 추진되고 있다.

〈표 2-2〉 1인 가구 관련 조례 현황: 장애인 1인 가구 고려 수준

구분	1인 가구 관련 조례
조례 제정 현황	- '1인 가구 지원'을 포함한 지자체는 전체 243개 중 129개 (48.8%) - 사회적 고립과 고독사가 포함된 조례는 53개(41%)
조례 내용	- 조례의 목적: 1인 가구의 복지 개선 및 삶의 질 향상 - 책무: 단체장과 주민의 책임 - 기본계획 및 시행계획: 5년 또는 매년 수립 - 실태조사: 1인 가구 현황 파악 - 지원사업: 돌봄서비스, 안전망 구축, 주거 지원, 일자리 지원, 문화·여가 지원, 커뮤니티 지원 등 - 지원시설: 1인 가구 지원센터 설치·운영 - 협력체계: 관련 기관 및 단체와의 협력

구분	1인 가구 관련 조례
장애인 1인 가구 고려 수준	<ul style="list-style-type: none"> - 서울시에서 관련 연구를 진행한 바 있으며(윤민석 외, 2022), 다른 지자체에서 장애인 고려 내용은 미비함 - 일부 지자체에서 1인 가구 서비스 이용료의 산정에 있어 '장애인'을 언급, 이용료 감면 내용을 언급하고 있음

출처: 장정문, 정민자. (2024). 지방자치단체의 1인 가구 지원에 관한 조례 분석: 1인 가구 지원 조례와 1인 가구 사회적 고립 및 고독사 예방 조례 비교를 중심으로. 가정과 삶의 질 연구, 42(1), pp. 69-80.

서울시는 2016년 전국 최초로 「서울특별시 사회적 가족도시 구현을 위한 1인 가구 지원 기본조례」를 제정하였으며, 이후 다수의 지자체가 유사 조례를 도입하여 관련 사업을 수행하고 있다. 당시 서울시 1인 가구 비율은 36.4%(2014년 기준)에 달했으며, 조례를 통해 1인 가구 정의와 지원사업 영역을 법적으로 규정하여 정책 추진의 근거를 마련했다(서울시 가족센터, n.d.).

서울시는 이를 토대로 2022년부터 2026년까지 '1인 가구 안심 종합 계획'을 수립하고 건강안심, 범죄안심, 고립안심, 주거안심 4대 분야 8개 핵심과제를 추진하고 있다. 2025년 기준 일상지원, 자립지원, 연결지원 3개 분야 34개 사업을 운영 중이며, 특히 중장년 1인 가구 정책 지원을 대폭 강화한 것이 주목할 만하다(나성은, 최유정, 2024). 이러한 1인 가구 정책의 확산은 기존 가족 중심 복지에서 개인의 다양한 생활 형태를 인정하는 개인 중심 복지로의 전환을 보여주는 중요한 사례이다. 이와 같은 1인 가구 정책의 전국적 확산은 전통적인 가족 단위 복지 접근에서 개별화된 생활 양태를 고려하는 개인 중심 복지체계로의 패러다임 전환을 보여주는 중요한 지표이다.

48 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

〈표 2-3〉 서울시 1인 가구 안심정책 주요 사업별 지표 및 예산('22년~'26년)

분야	과제	중점사업	주 대상	추진목표	투자규모 (백만 원)
건강 안심	건강 걱정 없는 맞춤형 건강 돌봄	[신규] 병원 안심동행	전 연령	('22년) 15천 명 ⇨('26년) 26천 명	11,008
		[신규] 서울형 1인 가구 헬스케어	청·중·장년	('22년) 5만 명 ⇨('26년) 전 시민	62,327
		[확대] 방문건강관리사업	중·장·노년	('22년) 95천 명 ⇨('26년) 99천 명	199,314
	혼자여도 건강한 먹거리 안심 프로그램	[확대] 1인 가구 착한 먹거리 지원	청·중·장년	('22년) 3,000명 ⇨('26년) 5,000명	440
		[신규] 1인 가구 행복한 밥상	중·장년	('22년) 1,200명 ⇨('26년) 4,500명	2,190
범죄 안심	늦은 밤길을 안전하게 지킴	[신규] 안심마을보안관 운영	전 연령	주거안심구역 51개소	22,967
		[확대] 스마트보안등 교체	전 연령	주거안심구역 51개소 보안등 16,460등 교체	16,131
		[확대] 고화질 CCTV 설치	전 연령	('22년) 106개소 설치 후 지속 확대	6,375
	범죄안심 홈세트로 내집 안전 강화	[신규] 안전도어 지킴이	전 연령	('22년) 3,000명 ⇨('26년) 5,000명	2,424
		[확대] 1인 가구 안심 홈세트	전 연령	'26년까지 총 9,800개소 설치	2,980
고립 안심	고독과 고립 탈출 지원	[확대] 우리동네돌봄단 운영	중·장·노년	('22년) 64천 가구 ⇨('26년) 72천 가구	8,505
		[신규] AI 활용 1인 가구 생활관리서비스	중·장년	'26년까지 30,000명 이용	1,442
		[확대] 생명이음 청진기	전 연령	('22년) 2,500명 ⇨ ('26년) 3,700명	3,250
	경제자립과 사회관계 형성 지원	[확대] 상담 멘터·멘토 프로그램	전 연령	총 1,410명	1,125
		[확대] 관계 형성 프로그램 및 소통공간	전 연령	'26년까지 9만 명, 25개소	19,414
[신규] 1인 가구 헬퍼 운영 및 경제 자립 교육		중·장년	('22년) 975명 ⇨ ('26년) 1,380명	6	

분야	과제	중점사업	주 대상	추진목표	투자규모 (백만 원)
		[신규] 맞춤형 안심일자리 확대	중·장년	(‘22년) 1,550명 ⇨(‘26년) 1,770명	156,312
주거 안심	임대료 부담없이 1인 가구 맞춤주택 제공	[신규] 세대통합형 모델 개발·공급	전 연령	총 1,300호 공급	211,563
		[확대] 청년 1인 가구 주 택공급 청년	청년	총 69,010호 공급	4,610,432
	내집찾기, 내집관리 어려움 지원	[신규] 전월세 안심계약 도움 서비스	전 연령	(‘22년) 1,000건 ⇨(‘26년) 12,000건	2,544
		1인 가구 주택관리서비스 전 연령	전 연령	총 7,500건	14,033

출처: 서울특별시. (2022). 서울시 1인가구 안심 종합계획(‘22~’26) (1인가구특별대책추진단-890, 2022.1.27.). 나성은, 최유정(2024, pp. 34-35)에서 재인용.

그러나 현행 지방자치단체의 1인 가구 관련 정책은 장애인을 포함한 취약계층의 특수한 욕구를 충분히 반영하지 못하고 있다는 한계가 지적되고 있다(윤민석, 변금선, 이영주, 2022). 실제로 대부분의 지자체 1인 가구 사업은 일반적인 비장애인 1인 가구를 주요 대상으로 설계되어 있어, 장애인 1인 가구가 접근하고 이용할 수 있는 제도적 환경이 충분히 구비되어 있다고 보기 어렵다. 장애인 1인 가구의 지속적 증가와 이들이 경험하는 다층적 취약성을 고려할 때, 장애 특성을 반영한 차별화된 지원 방안과 접근성 개선을 위한 정책적 보완이 시급한 상황이다. 이러한 지자체 차원의 1인 가구 정책은 향후 장애 유형별 특성과 개별적 욕구를 고려한 맞춤형 서비스 개발과 기존 서비스의 장애인 접근성 강화 그리고 장애인복지 전달체계와의 연계 등을 통해 포용성을 확대하는 방향으로 발전해야 할 것이다.

3. 장애인 1인 가구 관련 정책 동향

가. 최근 장애 정책의 주요 변화

본 연구는 2020년부터 2025년까지의 시기를 중심으로 장애인 정책의 변화 양상을 분석하되, 특히 장애인 1인 가구와 관련성이 높은 정책 영역에 주목하고자 한다. 이를 위해 국내 장애인 정책 중 가장 큰 예산 규모와 정책 체감도를 보이는 장애인활동지원제도를 핵심 분석 대상으로 설정하고, 장애분야 법제도의 최근 변화와 장애인 1인 가구 지원과의 관련성에 주목하여 고찰하고자 한다.

1) 장애인활동지원제도

국내 장애인 돌봄 서비스의 핵심축인 장애인활동지원제도는 장애인의 지역사회 내 독립적 생활을 촉진하고 가족의 돌봄 책임을 사회적으로 분담하기 위한 목적으로 운영되고 있다. 동 제도는 2011년 관련 법률 제정을 계기로 국가의 법정 복지서비스로 자리매김하였으며, 2025년도 정부 예산안 기준 2조 5,323억 원의 사업비가 배정되어 장애인 분야 전체 예산 5조 4,533억 원의 46.4%에 해당하는 최대 단일 사업으로 성장하였다(보건복지부, 2025b). 이러한 규모적 특성으로 인해 장애인활동지원제도는 중증장애인의 지역사회 정착을 실현하는 가장 중요한 정책 수단으로 인식되고 있으며, 동시에 이용자가 서비스 제공자를 직접 선택할 수 있는 바우처 시스템을 통해 복지 서비스의 선택권을 보장하는 대표적 사례로도 평가받고 있다.

이러한 이용자 중심의 서비스 제공 방식은 향후 장애등급제 전면 폐지나 개인예산제 같은 혁신적 복지정책 개발에 중요한 토대를 제공하고 있

으며, 최근 제정된 「장애인 지역사회 자립 및 주거 전환 지원에 관한 법률」과도 밀접한 연관성을 보여주고 있다.

한편, 장애인활동지원제도의 발전 과정에서 특히 주목되는 점은 자립 생활 이념에 기반한 당사자 중심의 접근 방식이 제도 개선의 핵심 원리로 작동해 왔다는 점이다. 2014년부터 2017년에 걸쳐 실시된 장애등급제 폐지를 위한 시범사업 과정에서 기존의 ‘인정조사’가 ‘서비스지원종합조사 체계’로 변경(2019년 7월)되었고, 기존의 단순한 의학적 평가 중심 방식에서 장애인 개인의 생활환경을 보다 종합적으로 고려하는 방향으로 개선하면서 특히 1인 가구(독거) 여부를 중요한 평가 기준으로 설정하였다. 이는 장애인 1인 가구가 직면하는 고유한 어려움을 제도적 차원에서 인정한 것으로 1인 가구 상황으로 판정받은 장애인에게는 활동지원 서비스의 월 이용한도가 증액되는 구조로 운영되고 있다. 이는 1인 가구 장애인의 돌봄 사각지대 해소와 자립생활 실현을 제도적으로 고려하고 있는 것으로 이해할 수 있다.

2) 「장애인의 지역사회 자립 및 주거 전환 지원에 관한 법률」의 제정

다음으로 2025년 2월 27일 국회 본회의를 통과한 「장애인의 지역사회 자립 및 주거 전환 지원에 관한 법률」(이하 장애인지역사회자립법)은 장애인 1인 가구 증가와 밀접한 관련을 갖는 핵심 제도이다. 이 법은 장애인의 주거선택권 보장 및 장애 특성을 반영한 주택 제공, 중앙과 지자체에 통합지원센터 설치 의무화, 소득·주거 지원 및 활동지원급여 등 연계 지원을 통해 장애인이 지역사회에서 자립적으로 생활할 수 있는 법적 토대를 마련했다(보건복지부, 2025e). 특히 시설 거주 장애인뿐만 아니라 성인 장애인의 원가정으로부터의 독립을 촉진하여 장애인 1인 가구 형성을 직접적으로 지원하는 제도적 기반을 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

이 법의 제정 배경은 2018년 커뮤니티케어 정책 도입과 2016년 대구 시립희망원 사건을 계기로 한 탈시설 요구 확산, 서울시의 선도적 탈시설 정책 등이 복합적으로 작용했다고 할 수 있다(김경민, 2016; 서울특별시, 2020; 손은민, 2023; 보건복지부, 2023a). 현재 한국장애인개발원 산하 중앙장애인지역사회통합지원센터(2021년 개소)와 제주도, 대구시 등 지방자치단체 차원의 통합지원센터가 운영되고 있다. 사업 성과를 보면, 2022년 시범사업에서 10개 지자체 69개 거주시설의 1,050명을 조사하여 203명의 자립희망자를 발굴하고 45명이 지역사회 거주 전환에 성공했다(보건복지부, 2023a). 2025년 현재 32개 지자체가 참여하고 있으며, 관련 예산은 2022년 43억 원에서 2023년 94억 원으로 2.2배 증가했다. 그러나 실질행률이 2022년 35.1%, 2023년 38.5%, 2024년 26.3%에 그치는 등 사업 추진에 어려움을 겪고 있어, 2025년 본사업 전환이 연기되고 예산도 54억 원으로 감액되었다(반기웅, 2024). 이는 법 제정과 실제 서비스 이행이 초기 단계임을 보여주며, 장애인 1인 가구 확대에 미치는 실질적 영향을 평가하기에는 아직 이르다고 할 수 있다.

3) 장애인 개인예산제

장애인 개인예산제는 2022년 윤석열 정부의 국정과제로 채택되었고, 기존의 획일적이고 공급자 중심의 서비스 제공방식에서 벗어나 장애인 당사자가 주어진 예산 범위 내에서 자신의 욕구와 상황에 맞게 필요한 서비스를 직접 선택할 수 있는 이용자 중심의 제도로 이해할 수 있다. 즉, 장애인의 자기결정권과 선택권을 보장하는 것을 목적으로 하며, 정책의 단위가 장애인 '개인'에게 맞추어져 있어 장애인 1인 가구 정책과 관련이 있다 할 것이다.

개인예산제는 2023년 모의적용 사업과 2024년 1차년도 시범사업을

거쳐 2025년 2차년도 시범사업이 시행되고 있으며, 2026년 본사업 도입을 목표로 추진되고 있다. 2023년 모의적용 사업에서는 활동지원 급여의 10%(급여 유연화 모델) 또는 20%(필요서비스 제공인력 활용 모델) 범위에서 필요한 재화·서비스를 구매하는 두 가지 방식으로 진행되었으며, 개인의 선택권 확대라는 긍정적 평가가 있었으나 개인예산 비율 및 서비스 영역의 제한성이 지적되었다. 이에 따라 2024년 1차년도 시범사업에서는 모의적용의 두 모델을 통합하여 활동지원 급여의 20% 범위에서 개인예산을 할당하는 방식으로 개선되었다(이한나 외, 2024). 이때 주류·담배 등 일부 배제 항목 외에는 장애인이 자신에게 필요한 재화·서비스를 자유롭게 선택할 수 있도록 이용범위를 대폭 확대하였다.

시범사업 참여자들은 자신의 욕구와 상황에 맞는 서비스를 직접 선택할 수 있게 되어 자기결정권이 크게 향상되었다고 평가하였으며, 기존에는 제공되지 않았던 민간서비스 영역(스포츠센터 이용, 전자레인지 구입, 택시 이용 등)에 대한 접근이 가능해져 서비스 유연성이 확대되었다는 평가를 받았다. 그러나 국회 보건복지위원회 최보운 의원의 2024년 국정감사 지적에 따르면, 장애인들의 일상생활의 필수적인 도움인 활동지원급여를 차감하여 개인예산제를 활용하는 현행 방식은 장애인의 실질적인 선택권 보장에 한계가 있으며, 독일의 '포괄개인예산제'와 같이 각 부처의 다양한 서비스 영역을 통합하여 개인예산으로 합산하는 방식이 장애인의 실제 욕구에 맞는 맞춤형 지원을 위해 필요하다고 지적되었다(더인디고, 2024).

개인예산제는 현재 시범사업 단계로 장애인 1인 가구에 대한 직접적 영향을 평가하기에는 이르지만, 향후 본사업 전환 시 가족 지원이 제한적인 장애인 1인 가구의 개별화되고 복합적인 욕구를 개인의 필요에 따라 맞춤형으로 서비스를 구성할 수 있어 1인 가구의 자립생활 역량 강화와

사회통합에 주요한 지원 방식이 될 수 있을 것으로 전망한다. 특히 주거 환경 개선, 생활편의기기 구입, 개인 지원인력 선택 등 1인 가구 특성상 필수적인 지원 영역에서 기존 제도로는 충족되지 않았던 세밀한 욕구들을 충족할 수 있는 제도적 가능성을 제공한다는 점에서 장애인 1인 가구 정책 발전을 견인할 수도 있을 것이다.

장애 정책에 있어 발달장애인 서비스 분야의 최근 예산 확대와 제도적 개선도 주목할 만하다. 2025년 발달장애인 관련 예산은 4,030억 원으로 편성되어 전년 대비 452억 원(12.6%)이 증가하였으며, 이는 전체 장애인 정책 예산 증가율 7.6%를 크게 상회하는 수준이다(보건복지부, 2025b). 특히 2024년 6월부터 시행된 ‘최중증 발달장애인 통합돌봄서비스’는 도 전행동으로 인해 기존 서비스 이용이 어려웠던 대상자에게 1:1 맞춤형 돌봄을 제공하고 있으며, 2025년에는 ‘최중증 발달장애인 긴급돌봄서비스’ 시범사업이 추가 도입되어 보호자 응급상황 시 연 최대 30일간 24시간 돌봄을 지원한다. 이러한 정책 변화는 1:1 맞춤형 접근을 통해 발달장애인의 개별화된 특성에 적합한 지원 모델을 제시한다는 점에서 의미가 있으나, 현재로서는 주로 가족 돌봄 부담 완화에 중점을 두고 있어 발달장애인 1인 가구와의 직접적 관련성은 제한적이다. 향후 이러한 개별화된 돌봄 모델이 가족 지원이 부재한 1인 가구 발달장애인에게도 확대 적용되는 방향으로 발전할 필요가 있다.

나. 장애인 1인 가구 관련 생애주기를 고려한 정책 동향

장애인 1인 가구를 위한 정책 지원 체계는 연령에 따라 이원화된 구조를 가진다. 청장년 장애인 1인 가구는 장애인정책 내 다양한 제도 및 시설 기반 서비스를 통해 지원을 받을 수 있다. 반면, 65세 이상 노년층 1인 가

구는 노인정책 체계로 전환되어 지원을 받게 되는 특징이 있다. 이러한 체계는 생애주기에 따른 돌봄 수요 변화를 반영하면서도 동시에 정책 간 연속성 확보라는 과제를 안고 있다.

1) 장애인 정책

청장년 장애인 1인 가구의 경우 장애인복지관을 중심으로 한 시설 기반 서비스 이용이 가능하다. 전국에 약 230여 개의 장애인복지관이 운영되며, 이들 기관은 상담 및 사례관리, 직업재활 및 고용지원, 교육 및 학습지원, 문화여가 프로그램, 가족지원, 보건 및 재활 서비스 등 포괄적 서비스를 제공한다. 특히 장애 유형별로 특화된 복지관이 운영되어 시각, 청각, 지체, 발달장애 등 각 장애 유형에 맞는 전문 서비스를 제공하는 체계가 구축되어 있다. 장애인 관련 단체와 협회도 중요한 역할을 수행한다. 각 장애 유형별 단체들은 권익옹호 활동과 함께 운동·건강증진, 재활치료, 기술훈련, 생활지원, 정보제공 등의 직접적 서비스를 제공한다. 특히 2015년 「장애인복지법」 개정에 따라 설치된 장애인권익옹호기관은 장애인 학대 예방과 대응, 피해장애인 지원을 전담하는 체계로 중앙과 지역(시도) 단위로 운영되고 있다. 2025년 11월 개정된 「장애인복지법」에서는 장애인권익옹호기관 설치 확대 근거를 마련하여 보호 체계를 더욱 강화하였다.

생활밀착형 돌봄서비스로는 장애인활동지원서비스가 핵심적 역할을 한다. 2011년부터 시행된 이 서비스는 6~65세 미만 등록장애인 중 서비스지원 종합조사를 통해 활동지원등급(1~15구간)을 받은 자를 대상으로 하며, 서비스 내용으로는 신체활동지원(목욕, 세면, 식사, 이동 등), 가사활동지원(청소, 세탁, 취사 등), 사회활동지원(등하교, 출퇴근, 외출 등)을 포함한다.

발달장애인을 위한 특화 서비스도 최근 크게 확대되었다. 2019년 도입된 발달장애인 주간활동서비스는 만 18세 이상 성인 발달장애인이 낮시간 동안 지역사회 기반 활동에 참여할 수 있도록 지원하는 제도로, 2025년 3월부터는 기존 65세 미만 제한을 폐지하여 18세 이상 모든 등록 발달장애인이 연령 제한 없이 이용 가능하도록 개선되었다. 서비스 제공시간도 기본형 월 132시간, 확장형 월 176시간으로 확대된다. 만 6세 이상 18세 미만 청소년 발달장애인을 위해서는 방과후활동서비스가 월 66시간 제공된다.

발달재활서비스는 만 18세 미만 시각·청각·언어·지적·자폐성·뇌병변 등록 장애아동을 대상으로 언어치료, 놀이심리치료, 감각통합치료 등을 바우처 형태로 지원하며, 2025년 1월부터는 장애 미등록자의 지원 연령이 기존 만 6세에서 만 9세로 확대되어 조기 개입 기회가 넓어졌다.

〈표 2-4〉 생애주기에 따른 장애인 1인 가구 관련 정책 지원체계

분야	장애인 정책(~65세 미만)		노인 정책(65세 이상)
	청년기(만 18~45세)	중장년기(만 45~65세)	
소득	(복지부) 장애인연금 (서울시) 서울형 장애인연금 부가급여 (복지부) 장애수당 (복지부) 국민기초생활보장		(복지부) 기초연금
돌봄	(복지부) 장애인활동지원 (지자체) 활동지원 추가급여 (복지부) 개인예산제 시범사업 (복지부) 자립생활지원 시범사업(탈시설 지원) (복지부) 발달장애인 긴급돌봄 (복지부) 최중증발달장애인 통합돌봄서비스 (복지부) 일상돌봄 (장애인청년 및 중장년 이용가능)		(복지부) 노인장기요양보험 (복지부) 맞춤형돌봄 (복지부) 재가노인지원서비스 (복지부) 가사·간병 방문지원사업(저소득)

분야	장애인 정책(~65세 미만)		노인 정책 (65세 이상)
	청년기 (만 18~45세)	중장년기 (만 45~65세)	
주거	(복지부) 장애인거주시설 (복지부) 장애인그룹홈 (복지부) 실비장애인거주시설 입소이용료 지원 (국토부) 농어촌장애인 주택개조 (국토부) 수선유지급여사업		(복지부) 학대피해노인쉼터 (복지부) 독거노인공동생활홈 (복지부) 노인주거복지시설 (복지부) 노인의료복지시설 (복지부) 단기보호서비스
	(공통-국토부) 공통주택 특별분양 알선(취약계층) (공통-국토부) 주거급여(월세지원, 수선급여) (저소득층 대상)		
건강	(복지부) 장애인건강주치의 (복지부) 발달장애인 거점병원 (복지부) 장애친화 산부인과 (복지부) 지역장애인 보건의료센터 (복지부) 장애인친화 건강검진 (복지부) 장애인 건강검진 (복지부) 장애인의료재활시설(거주시설 전환) (복지부) 지역사회 중심 재활사업(CBR) (복지부) 발달장애인부모상담지원 [의료비 지원] (복지부) 장애인의료비 공제(저소득) (복지부) 장애인보험료 공제(저소득) (복지부) 장애등록검사비 지원 (복지부) 청각장애인 인공달팽이관 수술비지원		(복지부) 장기요양재택의료센터 시범사업 (통합돌봄의 일환) (복지부) 요양병원 간병지원 (복지부) 간호간병통합서비스 (복지부) 방문간호서비스 (복지부) 노인개안수술비 지원 (복지부) 노인 무릎인공관절 수술 지원 (복지부) 치매안심병원 및 공립요양병원 (복지부) 노인 안검진 사업 (복지부) 중앙, 광역, 치매 안심센터 (복지부) 저시력 예방교육 상담재활
	(복지부-돌봄) 의료-돌봄 통합지원 (복지부-안전) 응급안전안심 서비스(독거노인, 장애인) (복지부-긴급) 긴급돌봄 서비스 (복지부-정서) 전국민마음투자사업 (복지부-교통) 특별교통수단 (지자체-1인 가구) 지자체 1인 가구 조례에 따른 관련 서비스 (복지부-의료) 「의료법」 제24조의2의 '법정대리인' 요구		
시설(센터) 기반 서비스	(복지부) 장애인복지관(장애 유형별) (운동·건강증진, 물리치료, 기초·인문학, 미술·공예, 문화·여가 프로그램 등)		(복지부) 노인복지관

분야	장애인 정책(~65세 미만)		노인 정책 (65세 이상)
	청년기 (만 18~45세)	중장년기 (만 45~65세)	
	(복지부) 장애인 관련 단체나 협회 (동료상담, 자조모임, 자립지원, 정보 제공, 체육활성화 사업 등)		(복지부) 노인교실
	(복지부) 발달장애인지원센터(광역)		(복지부) 경로당
	(복지부) 장애인 보조기기지원센터(광역)		(복지부) 장기요양 복지용구
	(지자체) 장애인가족지원센터		(복지부) 노인보호전문기관
	(복지부) 장애인권익옹호기관(광역)		
	(복지부) 수어통역센터		

주: 이 연구 돌봄은 소득, 돌봄, 주거, 건강, 시설기반 서비스로 구분하여 살펴봄
출처: 연구진이 작성

2) 노인 정책

65세 이상의 장애인 1인 가구는 노인정책 중심의 지원 체계를 이용하게 된다. 65세 이전에 장애등록이 되어 장애인 관련 센터(시설)를 이용했던 장애인은 65세 이후에도 지속적으로 이용이 가능하다. 그러나 65세 이후에 장애등록을 한 장애인의 경우에는 자연스럽게 노인복지관의 지역 노인의 교양·취미생활, 사회참여활동 지원, 건강증진, 질병예방, 소득보장, 재가복지 등 종합적 서비스를 이용하게 된다. 노인복지관에서는 사회 교육 프로그램(컴퓨터·스마트폰 교육, 건강교육, 취미·교양 강좌, 자격증반), 건강 및 복지지원(건강상담, 기초검진, 치매예방교육, 우울증 예방상담), 무료급식 및 식사 서비스, 여가 및 문화활동, 일자리 및 자원봉사 지원 등 다양한 프로그램을 운영한다.

경로당은 지역 노인들이 자율적으로 친목 도모, 취미활동, 공동작업장 운영, 정보교환 등 여가활동을 할 수 있도록 장소를 제공하며, 웃음치료, 비누 만들기 등 여가 프로그램도 운영한다. 노인복지법 제36조와 제37조

에 따라 국가와 지자체는 경로당 활성화를 위한 표준모델과 프로그램 개발, 양곡 구입비 및 냉난방비 지원, 공과금 감면 등의 지원을 제공한다.

노인교실은 60세 이상 고령자를 대상으로 취미활동, 건강관리, 교양교육, 사회참여 등의 평생학습 프로그램을 주 1회 이상 정기적으로 제공하는 시설로, 미술, 공예, 노래교실 등 취미·여가 분야, 생활제조, 요가 등 건강관리 분야, 한글·외국어·컴퓨터 교육 등 교양 분야, 자원봉사 교육 등 사회참여 분야로 구성된다.

그러나 연령에 따른 제도 이용의 변화는 장애인활동지원제도의 이용에서 노인장기요양보험으로의 전환이다. 노인장기요양보험은 65세 이상 노인 또는 65세 미만의 노인성질병(치매, 뇌혈관질환, 파킨슨병 등)을 가진 자로서 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 경우 신청 가능하며, 신청 후 30일 이내에 등급판정이 완료된다. 재가급여로는 방문요양(가정에서 신체·인지·가사활동 지원, 인지활동형 방문요양 포함), 방문목욕(목욕설비 차량 방문), 방문간호, 주야간보호(낮시간 동안 기관에서 보호 및 서비스 제공), 단기보호(일정 기간 기관 입소), 복지용구 제공 등이 있으며, 시설급여로는 노인의료복지시설 입소가 가능하다. 중요한 점은 65세 미만 등록장애인이 장애인활동지원서비스를 이용한 적이 있는 경우, 65세 이후에도 계속 이용할 수 있으나, 장애인활동지원을 이용한 적 없는 65세 이후의 장애인은 노인장기요양제도를 신청하여 이용할 수 있다.

재가노인 지원서비스로는 경제적·정신적·신체적 이유로 독립적 일상생활이 어려운 어르신을 대상으로 일상생활 지원, 상담, 정서지원 및 건강관리, 여가활동, 주거환경개선, 위생서비스 등이 제공되며, 노인맞춤돌봄 서비스는 65세 이상 기초생활수급자, 차상위계층 또는 기초연금수급자 중 독거·조손가구 등 돌봄이 필요한 노인을 대상으로 방문·통원·사회참여·생활교육 등을 제공한다.

이러한 연령 기반 이원 체계는 생애주기별 특성을 반영한 전문화된 서비스 제공이라는 장점이 있으나, 65세 전후 정책 전환 시점에서 서비스 단절이나 혼란이 발생할 수 있다는 과제를 안고 있다. 그러나 발달장애인 주간활동서비스의 연령 제한 폐지(2025년 3월)는 이러한 단절을 해소하는 긍정적 정책 변화로 평가할 수 있으며, 향후 다른 서비스에서도 연령 전환기에 연속성 확보를 위한 정책적 보완이 필요해 보인다.

3) 공통: 응급안전안심서비스

응급안전안심서비스는 독거노인과 중증장애인에게 ICT 기반 안전 장비를 제공하여 24시간 응급상황을 모니터링하는 국가 돌봄 정책이다. 화재감지기, 응급호출기, 활동량감지기 등을 통해 위험 상황 발생 시 119와 응급관리요원에게 자동 신고되며, 독거가구나 취약가구 장애인이 1순위 지원 대상이 되어 장애인 1인 가구와 높은 관련성을 보인다. 2024년 7월 기준 전국 81만여 가구가 이용 중이며, 장애인 이용자는 1만 2천여 가구에 2020년 대비 8.7배 증가했다(미디어생활, 2024).

이 서비스는 장애인 1인 가구에 세 가지 차원에서 중요한 의미를 갖는다. 첫째, 가족 지원 부재 시 응급상황 대응의 구조적 취약성을 보완하는 핵심 안전망 역할을 한다. 둘째, 신체적 제약과 독거 상황이 결합된 복합적 위험에 대해 상시 모니터링을 통한 예방적 대응을 가능하게 한다. 셋째, 최근에는 장애 유형에 따라 시각장애인에게는 음성 안내를, 청각장애인에게는 진동 알람을 제공하는 등 장애특성을 고려한 접근을 추진하고 있다. 다만 현재 전담인력 1명당 347명의 이용자를 담당해야 하는 업무 과부하와 노후 장비 오작동 등의 한계가 있어 서비스 품질 개선이 필요하다. 장애인 1인 가구 증가 추세를 고려할 때, 응급대응을 넘어 예방적 돌봄과 사회관계망 구축을 포괄하는 통합적 정책 발전이 요구되는 상황

이다(미디어생활, 2024).

4) 공통: 주거 정책

주택은 물리적 안전을 넘어 사회적 건강과 돌봄 연계, 복합지원의 기초가 된다. 미국의 복합적 돌봄(Complex Care) 모델은 주거 환경 개선, 사회적 지원, 의료서비스 연계를 통합하여 고위험 취약계층의 재입원율을 낮추고 삶의 질을 개선한다. 이처럼 주거 안정은 응급 대응, 일상돌봄, 의료·사회서비스 접근성을 강화하는 기반이므로, 장애인 1인 가구도 안전한 주거를 확보할 때 지역사회 자립이 가능하다.

2023년 장애인 실태조사에 따르면, 장애인의 주거급여 수급률은 20.7%로 전체 인구 평균 4.8%의 4.3배에 이른다(이민경 외 2023). 2025년 기준 1인 가구는 월 소득인정액 1,148,166원 이하일 때 주거급여를 받을 수 있으며, 주거급여법은 장애인 소유 자동차를 재산 산정에서 제외하는 유일한 특례를 포함한다. 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」에 따라 저소득 장애인은 최대 380만원 한도로 주택 개조비를 지원받는다. 제주도는 2025년 1억 5,200만원으로 40가구를 지원했으나, 전국적 확산은 미흡하다(이인, 2025).

「주택법」과 「공공주택 특별법」의 장애인 특별공급 제도는 절대 공급 부족, 지역 간 격차, 긴 대기기간, 높은 보증금·임대료 부담 등으로 실질적 이용률이 낮다. 윤민석 외(2022)는 장애인 1인 가구가 주로 고령·경증 장애인으로 구성되고 열악한 주거환경, 낮은 소득, 건강 취약성을 함께 겪으며, 특히 정신장애인과 발달장애인은 일반 편의시설만으로 해결되지 않는 특수한 요구가 있다고 강조했다.

62 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

〈표 2-5〉 주거정책에서 장애인을 고려한 법률 내용

법령	내용		
<p>주거급여법</p> <p>「주거급여법 시행령」 제8조</p> <p>(소득인정액 산정 시 재산의 소득환산)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (자동차 재산 평가 특례) 수급자 명의의 자동차는 재산 평가 시 월 100% 반영하지만, 장애인이 사용하는 자동차는 제외된다. 이는 장애인의 이동권과 일상생활 편의를 고려한 특별 조항임 - (주거약자용 편의시설 추가 지원) 자가 수급자에게 주택개량을 지원할 때, 장애인의 경우 주거약자용 편의시설이 추가로 지원된다. 이는 장애인의 접근성과 주거 편의를 높이는 차별화된 지원임 - (부양의무자 기준 폐지): 2015년 개편으로 부양의무자의 소득·재산을 고려하지 않고 신청 가구의 소득과 재산만으로 평가하게 되어, 가족 지원을 받기 어려운 1인 가구의 상황을 고려 - (1인 가구 기준 적용) 2025년 기준 1인 가구는 월 소득인정액 1,148,166원 이하 시 신청 가능. 서울 기준 최대 월 352,000원까지 지원 가능 		
<p>주택법</p> <p>「주택공급에 관한 규칙」 제19조 제1항 제7호</p> <p>(장애인에 대한 특별 공급 규정)</p>	<p>[특별공급주택]</p> <ul style="list-style-type: none"> - (공급 대상) 무주택세대주인 장애인복지법상 장애인 - (공급 비율) 전체 공급물량 중 10% 범위 주무부장관이나 지자체장의 승인을 받은 경우에만 10%를 초과하여 공급할 수 있음 - (우선순위) 장애등급, 무주택기간, 부양가족 수 등을 종합 고려하여 결정 - (적용 범위) 국민주택 등에 해당하는 85㎡ 이하 공동주택 - (우선배정) 5층 이상 주택 건설 시 최하층 우선배정 제도(접근성 고려) 		
<p>공공주택 특별법</p> <p>「공공주택 특별법 시행규칙」 별표 6의4(주거약자용 공공건설임대주택에 대한 특별공급 규정)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (공급 대상) 영구임대주택의 경우, 장애인 우선 선정 임대무기간 8년 이상 공공지원민간임대주택 우선 공급 - (공급 비율) 국민임대주택에서는 공급비율의 20% 범위 내에서 무주택세대구성원인 장애인에게 우선 공급 - (우선 순위) 장애의 정도가 심한 장애인이 입주자로 우선 선정 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>[고령자복지주택 공급기준]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상 고령자 우선 공급 - 단독세대주인 고령자 가점 부여 - 장기요양등급자에 대한 우선 고려 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>[주거약자용 공공건설임대주택]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 장애인복지법 제2조제2항 해당 장애인 대상 - 의무건설 비율: 수도권 5%, 기타 지역 3% 이상 </td> </tr> </table>	<p>[고령자복지주택 공급기준]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상 고령자 우선 공급 - 단독세대주인 고령자 가점 부여 - 장기요양등급자에 대한 우선 고려 	<p>[주거약자용 공공건설임대주택]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 장애인복지법 제2조제2항 해당 장애인 대상 - 의무건설 비율: 수도권 5%, 기타 지역 3% 이상
<p>[고령자복지주택 공급기준]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상 고령자 우선 공급 - 단독세대주인 고령자 가점 부여 - 장기요양등급자에 대한 우선 고려 	<p>[주거약자용 공공건설임대주택]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 장애인복지법 제2조제2항 해당 장애인 대상 - 의무건설 비율: 수도권 5%, 기타 지역 3% 이상 		

법령		내용	
주거기본법	「주거기본법」 제16조 (주거약자 지원의 기본 원칙)	<ul style="list-style-type: none"> - 국가 및 지방자치단체의 의무: 장애인·고령자 등 주거약자가 안전하고 편리한 주거생활을 영위할 수 있도록 지원(선언적 규정) - 구체적인 지원 방안은 별도 법률에 위임하고 있어 직접적인 실효성은 제한적 - 관련 법령과의 연계: 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」과의 연계 명시 	
		장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률	주거약자 정의 (제2조) 편의시설 설치 기준 (제9조, 시행령 별표1) 제15조에 따른 주택개조비용 지원
[편의시설 설치 기준 (제9조, 시행령 별표1)] <ul style="list-style-type: none"> - 출입문: 유효폭 및 활동 공간 고려한 설치 - 바닥: 미끄럼 방지 마감재, 단차 최소화 - 비상연락장치: 거실, 욕실, 침실에 각각 설치 - 안전손잡이: 욕실 내 좌변기, 욕조, 세면대 주위 설치 	[제15조에 따른 주택개조비용 지원] <ul style="list-style-type: none"> - (지원 대상) 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하 장애인 - (지원 내용) 편의시설 설치기준 충족을 위한 주택 개조비용 - (임대주택 포함) 임대인 동의하에 임대주택도 개조 가능 		

출처: 연구진이 작성

서해정 외(2022)는 장애인 자립 지원 과정에서 주거정책이 단순 주택 공급을 넘어 지속적 생활 지원과 사회적 관계망 구축을 포함해야 하며, 주거·활동지원·보건의료 서비스 간 연계된 통합지원체계 구축이 필요하다고 지적했다. 또한 손현(2019)의 사회통합형 주거복지법제 연구에서는 「주거기본법」 제정 이후에도 법률 간 연계 부재와 전달체계 분절 문제가 여전하며, 장애 유형과 가구 형태별 특성을 반영한 세밀한 정책 설계가 요구된다고 평가했다. 이상의 논의를 바탕으로 하면, 장애인 1인 가구의 주거정책은 안전한 주거 환경 개선과 복합돌봄 연계, 맞춤형 편의시설 설

치를 포함하는 통합적 접근을 고려하여 전환해야 할 필요가 있다.

5) 공통: 「의료법」 제24조의2의 ‘법정대리인’ 요구

이 외에도 장애인 1인 가구가 특히 겪는 어려움 중 하나는 중요한 의료 행위에 필요한 ‘법정대리인’ 부재 문제이다. 현행 「의료법」 제24조의2는 생명·신체에 중대한 위해가 예상되는 수술·수혈·전신마취 시 환자 또는 법정대리인의 서면 동의를 의무화하고 있으며, 의사결정능력이 없는 환자에 대해서는 직계 존·비속 등 원가족이 법정대리인으로 동의하도록 규정하고 있다.

그러나 장애인 1인 가구는 법정대리인이 부재하거나 연락이 어려운 경우가 많아 응급 상황에서 즉각적 의료 동의를 받을 수 없는 한계가 있다. 특히 중대한 의료행위는 가정법원의 허가가 필요해 응급 대응이 지연될 수 있다. 이러한 제도적 결함을 반영하여, 2024년 12월 20일 개정·공포되고 2025년 6월 21일 시행된 「의료법」 개정안에는 진료기록 전송 절차를 환의 동의나 미성년자·무의식 환자의 상황 등에 대한 세부 절차가 개정내용으로 포함되어 개선했으나, 법정대리인 지정 문제는 여전히 해결되지 않은 상태이다. 장애인의 건강권을 보장하기 위해 2015년 제정된 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(장애인건강권법)은 장애친화 건강검진기관 지정, 장애인 건강주치의 제도 도입 등 의료 접근성을 높였으나, 동의권 문제까지 포괄하지 못하고 있다. 이에 의사결정능력이 있을 때 본인의 치료 의사를 미리 표명할 수 있는 ‘사전의료지시제도’ 도입(제철웅, 2017) 등을 정책적으로 고민할 필요가 있다. 이러한 개선을 통해 장애인 1인 가구도 의료 상황에서 소외되지 않고 적절한 치료를 받을 수 있는 제도적 기반을 마련해야 할 것이다.

제4절 복합적 취약성을 가진 1인 가구와 돌봄: 영국, 미국

1. 영국의 보편적 기본서비스(Universal Basic Service)

가. 인구구조 변화에 대응하는 통합돌봄

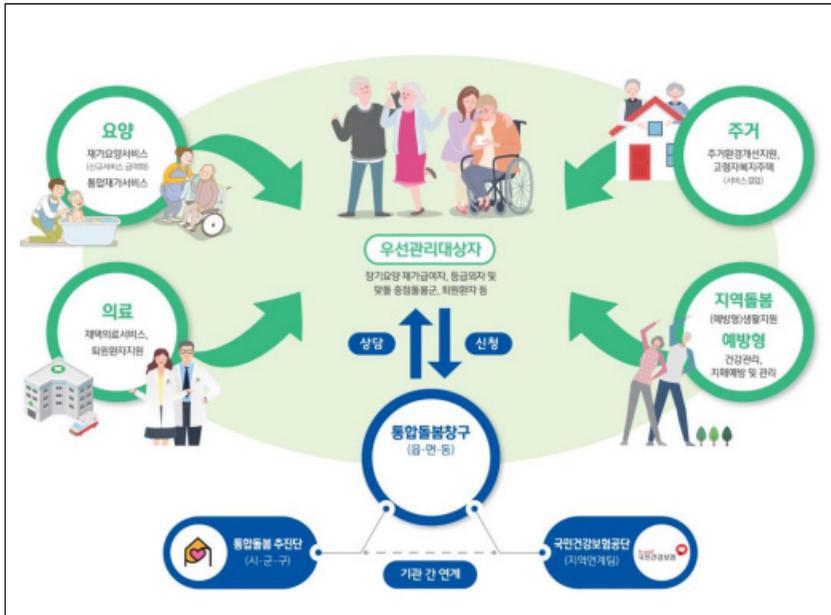
한국 사회는 2025년 초고령사회 진입을 앞두고 급격한 인구구조 변화에 직면해 있다. 75세 이상 후기 고령층이 빠르게 증가하면서 의료·돌봄 욕구가 급증하고 있으나, 기존의 돌봄·요양 서비스는 방문요양 위주로 구성되어 있고, 재가급여는 단편적·분절적으로 제공되어 수혜자들의 실질적 수요를 충족시키지 못하는 한계를 드러내 왔다. 이러한 배경에서 지역 사회 중심의 통합적 돌봄 체계 구축은 한국 사회가 직면한 가장 중대한 정책 과제가 되고 있다.

이를 위해 정부는 2018년 11월 ‘지역사회 통합돌봄 추진 로드맵’을 발표하며 본격적인 정책 대응에 나섰다. 이후 2019년 6월부터 2022년까지 16개 기초지자체를 대상으로 ‘지역사회 통합돌봄 선도사업’이 시행되었고 선도사업 초기에는 노인, 장애인, 정신질환자 등 기능 저하를 겪는 대상자들의 지역사회 지속 거주를 목적으로 하는 사업이 진행되었으나, 초기 1년을 제외하고는 ‘노인’을 중심으로만 선도사업이 진행되었다.

선도사업 4년간의 국비 예산은 612억 원 규모였으며, 대상자 발굴 및 서비스 연계, 읍면동 단위 통합돌봄 안내창구 설치, 지역케어운영회의 운영 등 지역 기반의 맞춤형 돌봄 모델을 구현하고자 하였다(양난주, 2024). 선도사업 종료 후, 2023년 1월 보건복지부는 노인정책관 내 전담 부서인 ‘통합돌봄추진단(현 의료·요양·돌봄통합지원단)’을 신설하고, 2023년 7월부터 ‘노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업’을 시작하였다. 이

시범사업은 12개 시·군·구에서 2025년 12월까지 2년 6개월간 실시되며, 어르신들이 살던 곳에서 의료·장기요양·주거·지역돌봄 서비스 등을 통합적으로 지원받을 수 있는 환경을 구축하는 것을 목표로 한다. 특히 공단-지자체 협업을 통한 서비스 전달체계 마련, 재가의료 확대, 서비스 연계 체계 구축 등을 핵심 특징으로 하며, 2024년에는 추가로 ‘의료·돌봄 통합 지원 기술지원형 시범사업’도 시행되었다(보건복지부, 2025d).

[그림 2-9] 지역사회 통합돌봄 예시



출처: 최재우. (2024). 노인의료·돌봄 통합지원 정책 방향. 2024 충청남도 책임의료기관 공동심포지엄 발표자료(2024.5.29.). 충청남도 공공보건의료지원단. p. 11.

이러한 정책 실험과 시범사업의 성과를 기반으로, 2024년 3월 26일 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(돌봄통합지원법)이 제정되어 2026년 3월 27일부터 전국적으로 시행될 예정이다. 이 법으로

노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 지역사회에서 통합·연계하여 제공하기 위한 법적 근거가 마련되었다. 2025년 6월에는 돌봄통합지원법 시행령 및 시행규칙 제정안이 입법 예고되었으며, 노쇠 등 복합적 지원이 필요한 65세 이상 노인 및 심한 장애인을 대상으로 하되, 지자체가 보건복지부 장관과 협의하여 대상자를 확대할 수 있도록 규정하고 있다.

최재우(2024)는 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업을 통해 (1) 노인 의료-돌봄 서비스에 방문의료, 퇴원환자 지원, 주요 욕구별 맞춤형 서비스 제공(장기요양 재가 노인, 장기요양 진입 전 재가 노인, 퇴원환자 군으로 분류), (2) 공공-민간 간 협업체계를 구축(건보공단 지사, 보건소, 치매안심센터, 지역 내 주민조직, 공동체 네트워크 등), (3) 지자체 총괄 기능 강화(통합지원회의를 통한 관련 기관 간 협업 활성화)등의 서비스가 시작되었다고 제시하였다. 2025년 시범 사업부터는 노인뿐만 아니라 장애인까지 포함하여 실시하고 있으며, 통합판정조사 도입을 통해 의료 필요도와 돌봄 필요도에 따라 대상자에게 적정 서비스 군을 4개 영역(전문의료/요양병원/장기요양/지자체돌봄)으로 분류하여 보다 실효성 있는 개인별 지원 계획을 수립할 수 있게 되었다(보건복지부, 2025d).

의 한계를 극복하고, 주거·의료·돌봄·교육·교통·에너지·통신·금융·문화 등 9대 기본서비스 영역에서 보편적 권리 보장을 추구한다는 점에서 정책 패러다임의 전환을 의미한다.

이러한 기본서비스 비전 속에서 ‘돌봄’은 가족과 개인의 몫이 아닌 사회 전체가 함께 책임지는 구조로의 전환이라고 하는 방향성에 근거하여 지역사회 통합돌봄 시스템을 고도화하여 누구나 살던 곳에서 계속 거주하며, 돌봄과 의료 서비스를 받을 수 있게 하며, 양질의 돌봄 일자리를 확대해 돌봄이 신성장 산업으로 자리 잡도록 하겠다는 비전을 바탕으로 논의되고 있다. 이처럼 기본서비스는 민주주의, 성장, 복지를 통합적으로 추구하는 새로운 사회계약 모델로서, 복지를 ‘시혜’나 ‘보충’이 아닌 권리로서의 보편적 제도로 재구성하고 있다.

다. 보편적 기본서비스(Universal Basic Service, UBS)

‘기본서비스’의 개념을 조금 더 잘 이해하기 위해서는 영국의 Universal Basic Service(UBS) 개념을 살펴보는 것이 도움이 된다. UBS는 모든 시민에게 소득이나 지불 능력과 무관하게 생활에 필수적인 서비스를 보장하는 사회보장체계를 의미한다. 2017년 영국 유니버시티 칼리지 런던(University of College London)의 Institute for Global Prosperity가 발표한 보고서에서 구체화되었으며, 전후 복지국가의 원칙인 ‘자원의 공동활용, 위험의 분산으로 지불 능력이 아닌 필요에 따라 보편적 서비스를 제공’한다는 이념을 21세기 맥락에 맞게 재구성하였다.

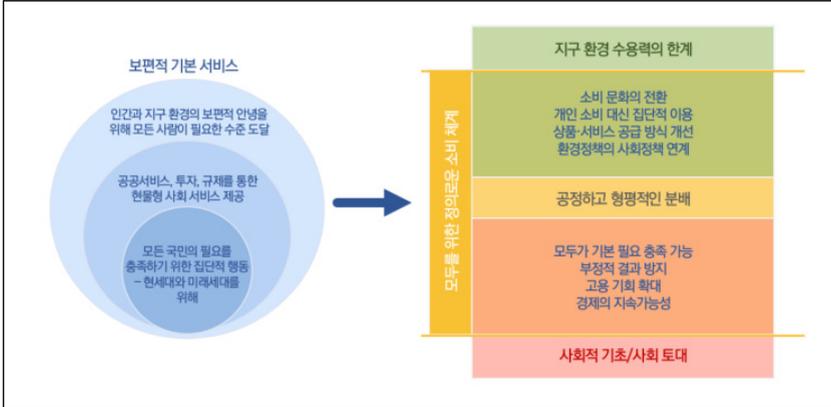
UBS의 원칙은 다음과 같다. 첫째, 삶의 필수품에 대한 접근은 특권이 아닌 보편적 권리라는 것이다. 접근은 지불 능력이 아닌 필요에 기반한다. 욕구가 충족되는 방식을 결정하는 권력은 보조성의 원칙에 따라 가장

낮은 적절한 수준으로 이양된다고 본다. 둘째, 서비스는 다양한 소유와 통제 모델을 가진 다양한 조직에 의해 전달된다. 그러나 모두는 명확하게 정의되고 집행 가능한 공익 의무를 공유한다. 셋째, 전문가 및 다른 서비스 근로자들과 긴밀한 파트너십을 맺고 있는 주민과 서비스 이용자들이 서비스 계획 및 전달에 의미있게 참여한다(공동 생산 모델에 따라). 넷째, 권리를 확립하고 집행하기 위한 명확한 규칙과 절차가 있다. 마지막이지만 아마도 가장 중요한 것으로, 서비스는 지속가능해야 하며, 지구적 한계 내에서 충족성을 촉진하고 가능하게 해야 한다.

이러한 원칙하에 국가의 역할은 상당히 근본적으로 변화한다. 국가는 일부 서비스를 직접 제공할 수 있지만 그것을 넘어서 네 가지 필수적인 기능이 있다. (1) 지역 간 및 지역 내에서 평등한 접근을 보장, (2) 윤리적이고 실용적인 기준을 설정하고 집행, (3) 필요한 자금을 모으고 투자하며, 포용성과 공정성을 극대화하도록 분배, (4) 다양한 전달 모델을 장려하고 지원하며, 서로 다른 욕구 영역에 걸쳐 활동을 조정하여 전반적으로 최상의 결과를 얻는 것이다(Coote, 2020).

이에 보편적 기본서비스는 7대 핵심 서비스(교육, 의료/건강 및 돌봄, 주거/주택, 식품/영양, 교통, 정보/인터넷, 법률 및 민주주의 서비스)를 강조하며, 집단주의(collectivism)와 연대(solidarity)의 원칙을 기반으로 베버리지(Beveridge) 시대 이후 약화된, 사회적으로 보장된 국가 최저선(socially-guaranteed national minimum) 원칙을 부활시키는 것을 목표로 한다(Labour Party, 2019). 즉, UBS는 보건의료, 교육, 돌봄, 주거, 교통, 정보 등 인간생활에 필수적인 서비스를 모두에게 보장하자는 것으로, 현금 중심으로 구성된 사회보장 시스템을 직접적인 서비스 중심의 모델로 전환하자는 의미를 담고 있다. 이는 두 가지 원칙, 즉 집단책임과 공동 필요에 기초하며, 공동 필요를 충족하기 위해 집단책임의 실천을 강조한다.

[그림 2-11] Universal Basic Service 체계: 공평한 소비의 공간



출처: Coote, A. (2023). Universal basic services: Provisioning for our needs within a fair consumption space. Hot or Cool Institute. p. 6.
<https://hotorcool.org/wp-content/uploads/2023/02/Universal-Basic-Services-Provisioning-for-our-needs-within-a-fair-consumption-space.pdf>.

Coote(2023)는 UBS 프레임워크 구현은 세 가지 방식으로 생태적 지속가능성에 기여할 수 있다고 설명한다. 첫째, 대중의 태도와 소비 패턴에 영향을 준다. UBS는 보편적 충분성을 추구하기 때문에 사람들의 욕망과 선호를 만족시키는 것이 아니라 모든 사람이 필요한 것을 충분히 가지도록 하는 것에 초점을 맞춘다. 자원을 공동으로 관리하고, 위험을 공유하며, 모든 사람의 욕구가 충족되도록 함께 일하는 것을 포함한다. 때문에 상호의존성의 인식을 높이고 집단적 책임의 실질적 경험을 발전시킴으로써, UBS는 좋은 삶을 살기 위해 필요한 것 이상의 유리한 조건을 만들 수 있다고 본다. 예를 들어, 영국의 사회 임대 부문은 소유자 점유 및 민간 임대 부문보다 에너지 및 환경 성능 등급이 더 높다.

둘째, 공급 시스템을 변화시키는 것이다. 기존의 시장 기반 시스템(민간의 이윤 목적, 시장경쟁 운영, 개인의 비용부담, 환경보다는 이익을 우선)에서 민주적으로 통제되는 공급 시스템(공익을 목적, 민주적 통제와

규제, 사회적 허가제, 환경보호와 사회적 책임 우선)을 구축하도록 공익과 지속가능성의 논리로 전환하는 것을 뜻한다. 이를 통해 서비스 제공과정 자체가 환경보호와 사회정의에 기여하도록 만드는 것이다.

셋째, 녹색 전환을 뒷받침하는 것이다. 즉, 기본서비스에서 인간의 권리에 기반을 둔 안전한 기반을 제공하면, 과도하고 지속 불가능한 소비를 제한하기 때문에 경제를 공정한 방식으로 녹색화하는 데 중요한 역할을 할 수 있다고 본다. 즉, 삶의 필수품에 대한 보편적 접근이 지속가능한 생활의 중심으로 여겨지면 녹색전환에 기여하는 것이다. 일례로 노르웨이 사례가 제시되는데, (1) 잘 훈련된 직원, (2) 아동 비율을 고려한 높은 직원 비율, (3) 일관된 형태의 보육 환경(유치원, 1~6세의 지속적 돌봄) 전략은 정부가 높은 보육 비용을 부담하여 관련 요금을 현실성있게 높이며, 직원 자격에 대한 엄격한 규정을 부과하고, 이윤을 합리적인 수준으로 제한함과 동시에 부모가 유치원 이사회에 참여하도록 보장한 사례를 제시한다. 즉, 엄격한 규제와 정부의 비용 지원이 서비스 질 향상과 접근성 강화에 핵심적 역할을 함을 입증하였으며, 부모의 참여가 서비스 만족도와 지역신뢰를 증진하였다고 보고한다.

결과적으로 보편적 기본서비스는 환경적 한계 내에서 모든 사람의 욕구를 충족시키기 위한 포괄적인 프레임워크를 제공한다. 이는 사회 정의와 생태적 지속가능성을 동시에 추구하며, 민주적 동의를 바탕으로 한 공정한 전환을 가능하게 한다. 이를 위한 핵심은 시장만으로는 불충분하며, 집단적 행동, 공공 투자, 민주적 통제가 모든 사람에게 충분하고 지속가능한 삶의 필수품을 보장하는 방법이라고 설명한다. 영국의 UBS 개념은 한국의 기본서비스 논의에 직간접적으로 영향을 미쳤다. UBS가 제시하는 환경적 지속가능성, 평등성, 효율성, 연대성(사회적 유대와 집단정신) 제고는 기본서비스가 추구하는 가치와 일맥상통하는 부분이 많다.

라. 영국의 Universal Basic Service의 함의

영국의 성인 사회 돌봄(adult social care)은 현재 자산조사 기반으로 운영되어 £23,250 이상의 자산을 가진 사람은 스스로 비용을 부담해야 하는 제한적 체계이다(The King's Fund, 2025). 이는 NHS가 필요에 따라 무상으로 제공되는 것과 대조적이며, 암 치료는 NHS에서 무료로 받지만, 돌봄은 개인이 비용을 부담해야 한다는 불공정성을 야기한다는 비판이 있다(The King's Fund, 2019). 이에 따라 UBS 옹호자들은 성인 사회 돌봄을 UBS 체계에 포함시켜 가정 기반 돌봄, 주간 센터, 전일제 주거 돌봄을 보편적으로 제공해야 한다고 주장한다(Coote et al., 2019).

영국은 2022년 4월 'Health and Care Act(돌봄법)'를 통해 통합돌봄 시스템(Integrated Care Systems, ICS)을 법률에 따라 설립하였다(NHS England, 2022). 42개 ICS는 60만~300만 명의 인구를 담당하며, 각 통합돌봄시스템(ICS)은 통합돌봄위원회(Integrated Care Board, ICB)와 통합돌봄파트너십(Integrated Care Partnership, ICP)으로 구성된다(NHS England, 2022). 통합돌봄위원회(ICB)는 NHS 서비스 계획과 예산 관리를 담당하며, 통합돌봄파트너십(ICP)은 NHS 조직과 지방정부가 공동으로 운영하는 법정 위원회로서 공중보건, 사회 돌봄, 건강 및 웰빙에 영향을 미치는 광범위한 이슈를 다룬다(NHS England, 2022).

통합돌봄시스템(ICS)은 '장소'(place level)를 기준으로 한 돌봄 제공에 중점을 두며, 이는 25만~50만 명의 인구를 가진 지역에서 모든 건강 및 돌봄 조직이 장소 기반 파트너십을 형성하도록 한다(NHS England, 2022). 한국의 상황에서는 어떤 기관(센터)을 기반으로 하는 네트워크와 이를 통한 서비스 조정이 이루어지는 구조로 이해할 수 있다. 그 하위에

는 3만~5만 명의 인구를 대상으로 하는 GP 진료소들이 일차 의료 네트워크(Primary Care Networks)라는 근린 수준(neighbourhood level)의 협력 체계를 통해, 지역사회 서비스 및 사회 돌봄 제공자들과 협조하여 조정된 돌봄을 제공한다(NHS England, 2022).

UBS 프레임워크에서 공동 생산(co-production)은 서비스 이용자와 제공자가 동등한 파트너십을 형성하여 경험적 지식과 전문적 지식을 결합하는 것을 의미한다(Coote et al., 2019). 중요한 것은 주민과 서비스 이용자가 전문가 및 최전선 근로자와 긴밀한 파트너십을 맺고 서비스 계획 및 전달에 의미있게 참여하는 것이다(Coote, 2020). 이는 단순한 자문이 아니라 설계와 전달 과정에서의 실질적 권한 공유를 포함한다.

이러한 프레임워크를 고려하였을 때, 한국 돌봄 체계에 대한 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 의료-요양-돌봄의 실질적 통합을 위한 기본 전제는 기존에 운영하고 있던 재가 서비스의 보장성 강화 및 다양화라 할 것이다. 영국의 통합돌봄파트너십(ICP)은 법정 위원회로서 통합돌봄전략을 수립하며, 이는 NHS와 지방정부의 계획 수립과 의사결정에 법적 구속력을 갖는다(NHS England, 2022). 또한 재택의료(home-based care)를 확대하여 의료-요양-돌봄을 연계하는 것이 핵심 과제로 설정되기도 하였다. 현재 한국의 노인과 장애인을 포함하는 노인 의료·돌봄 통합지원의 원활한 운영을 위해서는 재택기반의 다양한 서비스의 적용과 기존 돌봄서비스 양의 확대가 필요하다. 특히나 건강 관리 및 건강 악화를 예방하기 위한 보건 영역의 사업의 확대가 요구되며, 긴급 및 일상돌봄 등 필요할 때 도움을 받을 수 있는 돌봄서비스의 확대, 식사 지원 서비스 등의 재가 기반 서비스의 확대가 반드시 필요하다.

둘째, 이원화된 돌봄 제도의 설계와 운영에 따른 한계를 극복하기 위한 통합적 돌봄체계로서의 관점이 필요하다. 영국 통합돌봄시스템(ICS)모델

은 NHS와 지방정부의 사회 돌봄을 통합적 거버넌스 구조로 모아 운영하면서, 의료와 돌봄의 경계를 넘어 건강의 개선, 불평등 완화, 생산성 향상, 사회경제적 발전 지원이라는 네 가지 전략적 목적을 추구하고 있다(NHS England, 2022). 한국의 경우, 노인장기요양보험과 장애인활동지원제도의 이원적 운영에 따른 제도 사각지대의 문제 해결을 위해서는 특별히 고령장애인과 같이 양 제도의 대상이지만, 양 제도에서 소외되고 있는 대상에 대한 접근이 요구된다.

Coote et al.(2019)이 제시한 UBS 원칙에 따르면, 각 욕구 영역은 맞춤형 접근을 필요로 하지만 모든 영역에서 동일한 원칙(집합적 책임, 욕구 기반 접근, 보조성, 참여적 설계)이 적용되어야 한다고 강조한다. 한국도 연령이나 장애 여부 등의 집단 구분이 아닌 개인의 기능 상태와 돌봄 욕구에 기반한 통합적 욕구 사정 체계에 대한 고려와 이를 고려한 통합적 접근이 요구된다. 이는 WHO 가이드 원칙에서 강조하는 통합적 접근(integrated approach)과도 일치한다(정윤화, 2023).

셋째, 지역 주도형 거버넌스와 보조성(subsidiarity) 원칙의 실현이다. 영국의 ICS는 25만~50만 명당 1개소의 기관(센터)을 설치하고, 3만~5만 명의 근린 수준에서 구체적인 서비스 전달체계를 구축하는 원칙을 기반으로 지역의 자율성과 창의성을 최대한 반영한 통합돌봄 체계를 구축하고 있다(NHS England, 2022). 한국의 돌봄도 지역주민의 욕구와 상황을 가장 잘 아는 지자체가 중심이 되어 서비스를 자주적으로 발굴하고 적용하는 밑으로부터의 접근이 필요해 보인다. 이를 위해서는 Coote(2020)가 강조하듯이, 지역 분권과 함께 국가의 전략적 역할이 중요하다. 향후 국가와 지역의 역할 및 기능의 명확화 등에 대한 법적 기반과 구체적인 실행 메커니즘의 정교화를 위한 노력이 필요해 보인다.

넷째, 욕구 기반 보편적 접근으로의 패러다임 전환이다. 한국의 자산조

사 기반의 서비스 대상자 선정 기준에서 욕구 기반 보편적 접근으로의 전환이 강조되는 것이다. 영국 성인 사회 돌봄의 경우, 2018/19년에 근로 연령 성인의 18%와 노인의 29%만이 돌봄 요청을 승인받았으며(British Medical Association, 2020), 이는 한국과 유사한 제한적 접근성 문제를 보여준다. 한국의 경우 최근에 도입된 단기돌봄 사업들 예를 들면, 긴급돌봄이나 일상돌봄은 보편성을 추구한다는 측면에서 진일보하였으나, 여전히 선별적 복지의 특성이 강한 것도 사실이다. Portes, Reed, & Percy(2017)은 UBS가 지불 능력이 아닌 필요에 따라 서비스를 제공함으로써 표적화된 수요(targeted need)에 따른 자산조사의 부작용을 제거할 수 있다고 강조한다. 그러나 재정적 지속가능성과 보편성 사이의 균형을 어떻게 맞출 것인지에 대한 구체적 설계는 무엇보다 중요하다 할 것이다.

다섯째, 공동 생산과 다직종 협력 체계의 강화이다. Coote et al.(2019)은 주민과 서비스 이용자가 전문가 및 최전선 근로자와 긴밀한 파트너십을 맺고 서비스 계획 및 전달에 의미있게 참여하는 것을 UBS의 핵심 원칙으로 제시한다. 영국 ICS는 지역케어회의(local care conferences)를 통해 다직종 전문가가 대상자의 문제 해결을 위한 해법을 찾는 협력 체계를 운영한다(NHS England, 2022). 한국의 통합돌봄도 민관이 참여하는 다직종 연계 구현을 위해 지역케어회의 및 민관 협의체 운영을 필수 요소로 제시한다. 선도사업 지역은 읍면동 통합지원창구를 통해 대상자를 접수·발굴하고 시군구 지역케어회의를 운영하여 필요한 서비스를 지원할 계획이다(보건복지부 커뮤니티케어 추진본부, 2020).

여섯째, 재정 모델과 지속가능성을 갖춘 보편적 돌봄 체계의 설계이다. Portes, et al.(2017)의 모델에 따르면, 주거, 식품, 교통, 정보를 포함한 UBS 확장은 영국 GDP의 약 2.3%(420억 파운드)가 소요되며, 개인소득

세 공제액 조정을 통해 재정 중립적으로 운영될 수 있다. 이는 최저 소득 30%에게 평균 13%의 소득 증가를, 최고 소득 70%에게 평균 3%의 기여 증가를 가져오는 고도의 누진적 효과를 갖는다. 한국의 경우 통합돌봄의 재정 모델에 대한 명확한 로드맵이 아직 제시되지 않았다. Coote(2020)가 강조하듯이, UBS는 단순한 지출이 아니라 사회적 인프라에 대한 투자로 이해되어야 하며, 재분배 효과, 예방적 프로그램을 통한 장기 비용 절감, 안정적 고용 창출, 경제적 효율성과 생태적 지속가능성 촉진이라는 투자 수익을 창출한다. 이에 2026년 전국 보편화 시 필요한 총 재원과 조달 방안에 대한 구체적 계획이 필요하다.

2. 미국: 복합적 돌봄(Complex Care) 사례

전 세계적으로 진행되는 인구구조의 급격한 변동은 기존 돌봄 시스템의 지속가능성에 심각한 도전이 되고 있다. 전통적으로 혈연 관계를 중심으로 구축되었던 돌봄 제공 방식이 사회적 책임으로 이양되는 과정에서, 돌봄에 대한 사회적 수요와 실제 공급 역량 사이의 격차가 더욱 벌어지고 있기 때문이다. 더욱이 이러한 변화에서 주목할 점은 ‘돌봄’의 개념이 단순한 일상생활 지원을 넘어 주거, 보건의료, 요양, 복지서비스 등 지역사회 내 포괄적 생활 지원 체계로 확장되고 있다는 점이다.

이러한 포괄적 돌봄 패러다임의 전환은 특히 독거생활을 영위하는 인구층의 증가와 한 가지 이상의 어려움을 가진 복합적 상황에서의 돌봄 대응의 요구를 높이고 있다. 이 연구에서 주목하고 있는 장애인 1인 가구의 사회적 취약성을 생각할 때, 복합적 돌봄(Complex Care)의 개념을 활용하고 있는 미국의 집중 돌봄 사례에 대해 관심을 가지게 되었다. 이 부분에서는 미국에서 최근에 관심을 받고 있는 캄덴 연합의 핵심 모델

(Camden Core Model)을 소개하고 지역사회에서 복합적 돌봄을 필요로 하는 장애인 1인 가구를 위한 돌봄 정책 방향 설정의 함의를 도출해 보고자 하였다.

가. 복합적 돌봄(Complex Care)의 시작

미국에서는 복합적 돌봄(Complex Care) 개념이 확산되고 있다. Camden Health Coalition(2025)에 따르면, 복합적 돌봄은 다수의, 지속적인, 종종 심각한 의학적 상태를 가진 개인의 건강과 사회적 욕구를 관리하기 위한 포괄적이고 조정된 접근법으로서, 빈곤, 트라우마, 주거나 식품 불안정, 돌봄 접근 제한과 같은 사회적 결정요인을 포함하여 신체적 건강을 넘어서는 개인 중심 돌봄을 의미한다고 설명한다. Camden Coalition은 2002년 뉴저지주 캄덴시에서 설립된 비영리 다학제 의료조직으로, 복합적인 건강 및 사회적 욕구를 가진 사람들의 돌봄을 개선하기 위한 지역기반 다학제적 돌봄 모델인 캄덴 연합 핵심 모델(Camden Core Model, CCM)을 개발하여 실행하고 있는 선도 기관이다.

이 모델은 응급실과 병원을 반복적으로 이용하는 복합적 의료·사회적 상태를 가진 개인의 욕구를 해결하기 위해 설계되었으며, 2007년 Robert Wood Johnson Foundation으로부터 재정지원을 받아 파일럿의 형태로 시도되다가, 2012~2017년까지 메디케어 및 메디케이드 혁신센터(Center for Medicare & Medicaid Innovation, CMMI)의 지원을 받아 시도되었고, 2018년 이후에는 뉴저지 주정부의 Regional Health Hub로 지정되어 운영되고 있다(Noonan & Craig, 2019).

나. 캠펀 연합 핵심 모델(CCM): 대상과 로드맵

캠펀 연합 핵심 모델(CCM)의 대상은 18~80세 캠펀 거주자로서 (1) 6개월 내 최소 2회 이상의 입원을 한 자이거나, (2) 2개 이상의 만성질환, 정신건강의 문제, 약물사용 장애 또는 노숙 등의 영역에서 2개 이상의 복합성 이슈를 가진 개인을 대상으로 하여 '슈퍼이용자(super-utilizer)' 개입으로 부르기도 한다(Noonan & Craig, 2019; Finkelstein, Zhou, Taubman, & Doyle, 2020). 이 인구집단은 캠펀 거주자의 0.5%에 불과하지만 시 병원 지출의 11%를 차지하고 있다고 알려져 있다(Noonan & Craig, 2019; Finkelstein et al., 2020; Finkelstein et al., 2023).

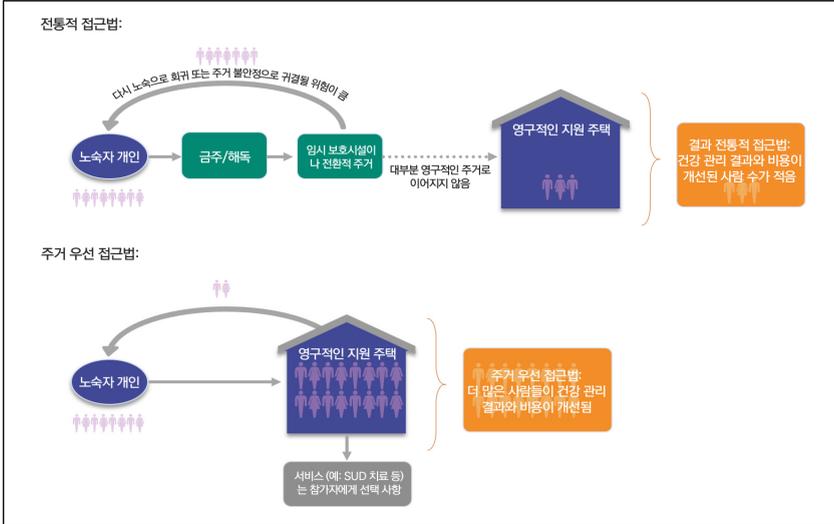
만일 대상자가 된다면, 등록 후 참여자는 평균 92일(중위수) 동안 집중적 지원을 받는다. 이 기간 동안 돌봄팀 구성원은 가정방문(참여자당 평균 7.6회), 전화 통화(평균 8.8회), 의료 예약 동행(평균 2.5회의 의사 방문) 등 집중 서비스를 수행한다(Noonan & Craig, 2019).

2014년부터 2017년까지 시도된 이 모델의 효과성 분석 연구에서는 참여자의 응급실 이용이나 병원외래 이용률의 감소를 가져오지는 않았으나, 이러한 복합적 요구를 가진 대상에 대한 접근이 단순히 병원 세팅에서의 지원만으로 해결되지 않음을 시사하였다. 즉, 보건의료체계 단독으로는 복합적 건강 및 사회적 욕구의 문제를 해결할 수 없기 때문에 주거, 법률 서비스, 정책 옹호를 통한 구조적 문제의 해결 노력과 함께 해야 한다는 모델의 발전으로 이어졌다(Noonan & Craig, 2019; Finkelstein, et al., 2023).

다. 보건의료-복지-주거-정신건강 등 통합지원

이 모델은 기존의 병원이나 보건의료체계에 속한 전통적 케어관리 프로그램과 달리, 여러 체계를 넘나들며 독립적으로 운영되는 차별성을 가진다. 이러한 설계는 복합적 욕구를 가진 개인이 종종 수많은 제공자 및 기관과 관계를 맺으며, 조직 경계를 초월하는 조정이 필요하기 때문이다. 이에 복합적 돌봄의 목적은 (1) 1차 진료에 대한 접근성을 증가시키고, (2) 급성기 돌봄에서의 적시 전환을 강화하며(병원에서 지역사회로의 원활한 이행-집중 서비스), (3) 다학제적 접근(의료, 보건, 행동건강, 사회지원 서비스의 통합적 제공) 및 (4) 보건, 의료, 복지 서비스의 연계를 바탕으로 하는 지역사회 기반 서비스(주거, 고용, 교통 등의 지원)를 포함한다. 특히 이 모델에서는 주거에 있어 Housing First 원칙(노숙자에 영구주택을 우선 제공)과 다음의 돌봄 관련 서비스 영역을 포괄한다. (1) 중독 치료 및 피해 감소, (2) 옹호 및 행동주의, (3) 급여 및 권리(정부 지원 프로그램), (4) 교육 및 고용 연계, (5) 가족·개인·동료 지원, (6) 식품 및 영양 지원, (7) 건강 유지·관리·증진, (8) 주거 및 환경, (9) 신분증명 지원, (10) 법률 지원, (11) 약물 및 의료용품, (12) 정신건강 지원, (13) 의료제공자 관계 구축, (14) 생식건강, (15) 교통 지원, (16) 환자 특정 욕구와 특화 프로그램 등으로 구성된다(Noonan & Craig, 2019). 의료 및 법률, 약물, 정신건강 등의 영역은 노숙인을 포괄하고 있기 때문인 것으로 보인다.

[그림 2-12] 복합적 돌봄 로드맵



출처: Wilkniss, Pandit, Arabo, Malone, & Tewarson. (2017). Building Complex Care Programs: A Road Map for States. Washington, DC: National Governors Association Center for Best Practices. p. 31.
https://www.nga.org/wp-content/uploads/2019/08/ComplexCare_RoadMap_12.17_Health.pdf.

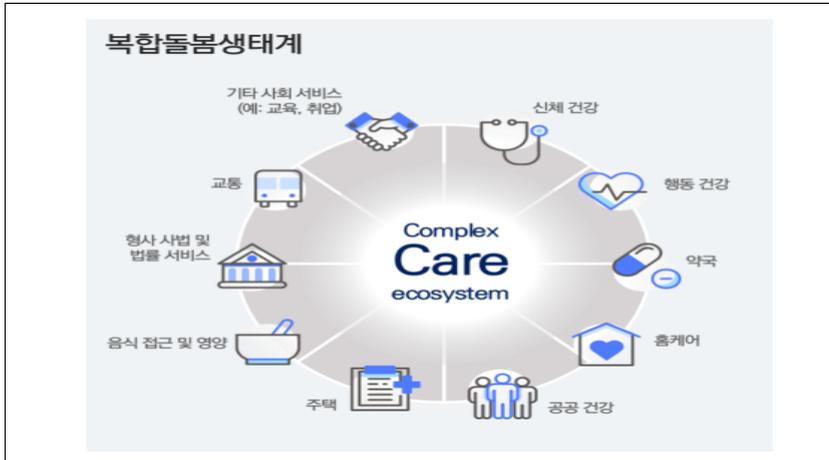
라. 복합돌봄 생태계 구축 및 운영

Camden Coalition은 복합적 건강 및 사회적 욕구를 가진 개인을 위한 돌봄이 단일 조직이나 단일 부문의 노력만으로는 달성될 수 없다는 인식에서 ‘복합돌봄 생태계(ecosystems of care)’ 개념을 발전시켰다. 즉, 전체 지역사회 체계의 변화가 필요하다는 인식에 기반한다. Noonan & Craig(2019)는 복합돌봄 생태계를 ‘복합적 건강 및 사회적 욕구를 가진 개인에게 서비스를 제공하기 위해 협력하는 조직의 지역 네트워크(local networks of organizations that collaborate to serve individuals with complex health and social needs)’로 정의했다. 이 생태계는 부

문, 분야, 전문직 간 기존 경계를 넘나든다(Noonan & Craig, 2019). 이러한 생태계는 헬스케어 클리닉, 건강보험, 지역사회 기반 조직, 사회서비스 기관 등 다양한 환경에 위치할 수 있다(Noonan & Craig, 2019).

복합돌봄 생태계는 다양한 부문의 조직과 이해관계자를 포함한다. Camden Coalition(2024b)에 따르면, 생태계는 다음을 포함할 수 있다. (1) 이용자와 가족, (2) 보건의 시스템 및 의료분야 종사자, (3) 다양한 지역사회 기반 조직의 현장 전문가, (4) 공중 보건 실천가, (5) 사회복지 분야 전문가 및 행동 건강 기관 종사자, (6) 보험자, (7) 교육자, (8) 응급 구조대, (9) 신앙 기반 조직 등이다. 이러한 생태계 접근의 핵심은 이러한 다양한 참여자들이 독립적으로 작동하는 것이 아니라 상호의존적(interdependent)으로 연결되어 활동한다는 점이다(Camden Coalition, 2024b).

[그림 2-13] 복합돌봄 생태계



출처: Noonan & Craig. (2019). From siloed systems to ecosystem: The evolution of the Camden Coalition's complex care model.

<https://camdenhealth.org/blog/from-siloed-systems-to-ecosystem-the-evolution-of-the-camden-coalitions-complex-care-model/>.

Camden Coalition의 CEO인 Kathleen Noonan은 진정한 상호연결성은 환자, 돕는 사람, 지역사회 간 그리고 그들 사이의 진정성을 요구한다. 성공적인 복합돌봄 생태계의 가장 강력한 사례는 지역 및 광역 지역사회가 함께 모여 그들의 시스템을 솔직하게 평가하고, 누가 테이블에 있는지 이해하며, 누가 빠져 있고 주변화되어 있는지 식별하는 것을 특징으로 한다고 설명하였다(Camden Coalition, 2024a). 이를 위해 돌봄 생태계는 다음과 같은 방식으로 건강 형평성을 증진하고, 돌봄의 효율성, 효과성, 경험, 품질을 향상시킨다. 첫째, 정보를 공유한다. 지역사회 내에서 실시간으로 개별 대상자의 건강상태, 환경, 목표 등의 상세한 정보를 공유함으로써 모든 제공자가 개인에 대한 전체적 관점을 갖고 그에 따라 돌봄을 맞춤화할 수 있다. 지역사회 기반 조직, 공공보건, 보건의료체계의 관점을 통합하면 여러 조직과 부문이 동시에 협력하는 횡적 네트워크를 구성할 수 있고, 개인의 욕구에 대한 포괄적 그림이 만들어질 수 있다.

둘째, 신뢰와 관계를 구축한다. 지역사회 구성원과 제공자 간, 그리고 지역 내 기관 간에 지속적이고 신뢰할 수 있는 관계를 형성함으로써 돌봄의 기능들이 조정될 수 있다. 이러한 관계를 구축하려면, 기관들이 경쟁적인 이해관계를 내려놓고 공동의 대상자를 위해 협력해야 한다. 셋째, 서비스의 중복을 줄여나가야 한다. 환자의 전반적인 필요가 파트너 기관을 통해 충족된다는 신뢰가 있다면, 각 제공자는 자신이 가장 잘할 수 있는 영역에 집중할 수 있다. 이를 통해 효율적인 통합된 돌봄 시스템이 운영될 수 있다(Camden Coalition, 2024b).

Camden Coalition은 이러한 생태계 접근을 자신들의 활동에서 직접 실천하고 있다. 뉴저지주 Regional Health Hub로서 Camden Coalition은 주정부, 남부 뉴저지의 돌봄 전달 조직, 지역사회 구성원 사이의 가교 역할을 한다(Camden Coalition, 2024a). 그들은 주민과 파

트너 조직을 모아 격차를 식별하고, 새로운 프로그램과 시스템을 구축하며, 더 나은 정책을 만들어 나가고 있다. Camden Coalition Health Information Exchange는 공유된 데이터를 통해 남부 뉴저지 전역의 조직을 연결하고 있다.

마. 미국의 Camden 생태계 접근과 통합돌봄의 함의

복합돌봄 생태계 개념은 한국의 지역사회 통합돌봄 정책에 중요한 시사점을 제공한다. 한국의 통합돌봄 선도사업에서도 지역케어회의를 통한 다부문 협력이 시도되고 있으나, Camden의 생태계 접근은 보다 명시적으로 상호의존성, 데이터 공유 인프라, 지역사회 구성원의 거버넌스 참여, 비의료 서비스에 대한 자원 배분을 강조한다는 점에서 차별성을 갖는다. 특히 “생태계”라는 개념은 각 조직이 독립적으로 서비스를 제공하는 것이 아니라, 마치 자연 생태계의 유기체들처럼 서로 의존하고 영향을 주고받으며 전체로서 기능해야 함을 강조한다는 측면에서 돌봄이 필요한 개인을 중심으로 부문 간 경계를 넘어서는 진정한 통합을 강조한다.

미국과 한국은 각각 자국의 보건의료체계와 사회적 맥락에 따라 복합적 욕구를 가진 고위험 인구집단을 위한 통합돌봄 모델을 고민하고 있는데 두 모델은 통합돌봄이라는 공통된 철학 아래 개발되었으나, 대상 인구, 거버넌스 구조, 서비스 제공 방식, 자원 조달 메커니즘 등에서 상당한 차이를 보인다. 본 보고서는 이 두 모델을 고려하여 향후 통합돌봄 정책 발전을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

Camden Core Model과 한국 지역사회 통합돌봄은 사람 중심 돌봄, 다학제 팀 접근, 지역사회 기반 서비스 전달, 단편화된 체계 간 통합이라는 공통된 철학적 원칙을 공유한다. 두 모델 모두 개인의 자율성과 목표

설정을 우선시하며, 복합적 건강 및 사회적 욕구를 다루기 위해 전문직 간 협력을 강조한다(Finkelstein et al., 2023; 유애정, 박현경, 2022). 또한 시설 중심 접근을 거부하고 개인을 집과 지역사회에서 지원하는 것을 선호한다.

그러나 가장 근본적인 차이는 대상 인구의 정의와 범위이다. Camden 모델은 인구의 0.5%에 해당하는 극소수 수퍼이용자에 초점을 맞춘 반면(Finkelstein et al., 2023), 한국 모델은 돌봄 지원이 필요한 모든 노인과 장애인에 대한 보편적 보장을 궁극적 목표로 한다(유애정, 박현경, 2022). Camden은 위기 개입 성격이 강한 반면, 한국 모델은 예방적인 부분도 포괄하고 있다. 선도사업에서 제공된 서비스는 주거, 보건의료, 복지, 돌봄 등 4개 영역으로 구성되었다(유애정, 박현경, 2022).

Camden은 여러 병원으로부터 실시간 데이터를 통합하는 독점적 Health Information Exchange를 활용한 정교한 “핫스팟팅” 기술을 사용하여, 응급실에 나타나는 순간 고위험 개인을 알고리즘적으로 즉시 식별한다(Finkelstein et al., 2020). 반면 한국은 주로 읍면동 행정복지센터, 보건소, 복지기관, 병원 퇴원 계획 등 정부 채널을 통한 행정적 사례 발굴에 의존한다(유애정, 박현경, 2022). 일부 지역이 데이터 시스템을 개발하고 있으나, 아직 Camden의 실시간 기관 간 데이터 통합 수준에는 도달하지 못했다.

Camden은 평균 90일의 시간제한적 집중 개입으로, 참여자가 목표를 달성하면 케이스를 종결하는 과도기 케어관리 프로그램이다(Finkelstein et al., 2020). 참여자당 평균 7.6회의 가정방문, 8.8회의 전화 통화, 2.5회의 의사 방문 동행이 이루어진다. 한국 모델은 욕구에 기반한 가변적 기간으로, 급성 사례관리는 수개월에서 장기요양보험 수급자의 경우 무기한 지속적 지원까지 포함한다(유애정, 박현경, 2022). 이는 과도기 및

지속적 돌봄 구성요소를 모두 아우르는 구조이다.

주요 운영 주체로서 Camden Coalition은 정부로부터 독립적으로 운영되는 비영리 조직으로, 연방 보조금, 재단 지원, 민간 기부를 통해 재원을 조달하는 유연한 방식으로 운영된다(Finkelstein et al., 2020). 반면 한국 모델은 법적 권한을 가진 정부 위임기관인 국민건강보험 및 장기요양보험 재원을 사용하여 서비스를 실행하고, 보건복지부가 정책을 지지하고 지방정부가 운영을 담당하는 구조이다(보건복지부, 2024). 이는 보편적 도달 범위와 지속가능성을 보장하지만, 혁신과 지역 간 편차 등의 문제가 여전히 존재할 수 있다.

두 모델의 비교는 통합돌봄 정책 발전을 위한 몇 가지 핵심 과제를 시사한다. 우선 개입 대상자 기준을 명확히 설정하고, 공통 사정도구를 개발하여 욕구 및 상태를 체계적으로 파악해야 한다(유애정, 박현경, 2022). 둘째, 지역사회 기반 보건의료-요양-복지-주거 서비스를 단계적으로 확충해야 한다. 특히 재택의료 서비스 인프라 확충, 퇴원환자 지원 체계 강화, 장기요양 재가서비스 다양화, 예방적 보건복지서비스 확대, 돌봄기능이 장착된 주택 유형 개발이 필요하다(유애정, 박현경, 2022). 셋째, 공공-민간 간 적절한 협업체계를 구축하고, 각 주체의 역할을 명확히 하며, 안정적인 재정 운영방안을 마련해야 한다. 넷째, 법적 기반 마련, 전문 인력 확보 및 처우 개선, ICT 기반 업무수행체계 구축, 지역주민 참여 독려 등의 제도적 기반을 공고히 해야 한다(유애정, 박현경, 2022).



제3장

장애인 1인 가구의 특성

- 제1절 장애인 1인 가구와 다인가구 비교
- 제2절 1인 가구의 생애주기별 특성 비교
- 제3절 생애주기별 어려움 특성 유형화
- 제4절 소결

제 3 장 장애인 1인 가구의 특성

제1절 장애인 1인 가구와 다인가구 비교

이 장은 2023년 장애인 실태조사 원자료를 재분석하여 장애인 1인 가구와 다인가구와의 사회인구학적 특성, 보건의료, 일상생활지원, 사회 및 문화여가활동, 결혼생활, 생활만족도 및 차별 경험, 주거 및 재난 특성, 복지서비스, 경제상태 및 경제활동과 관련하여 비교분석하고, 장애인 1인 가구의 특성을 생애주기별(청년기, 중장년기, 노년기)로 분석하였다. 조사대상은 2023년 기준 1인 가구 장애인 2,042여 명이다.

1. 사회인구학적 특성 비교

장애인 1인 가구는 다인가구에 비해 여성의 비율이 더 높게 나타났다. 연령 분포를 살펴보면, 1인 가구의 만 65세 이상 비율은 58.6%로, 다인가구의 49.0%보다 유의미하게 높았다($p < .05$). 이는 1인 가구에서 노인 비율이 상대적으로 높음을 보여준다. 학력 수준에서도 차이가 확인되었다. 1인 가구의 최종 학력은 다인가구에 비해 낮았으며, 특히 무학 비율은 21.0%로 매우 높은 수준을 보였다. 특히 혼인 상태를 살펴보면, 다인가구의 경우 유배우 상태가 67.3%로 가장 많았으나, 1인 가구에서는 유배우 비율이 1.3%에 불과하였다. 대신 사별의 비율이 42.5%로 가장 높았다. 이러한 결과는 1인 가구의 고령층 비중이 상대적으로 높기 때문으로 해석할 수 있다. 장애 정도에서도 집단 간 차이가 있었다. 1인 가구에서

90 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

‘심한 장애’ 비율은 42.9%로, 다인가구의 49.2%에 비해 다소 낮았다.

〈표 3-1〉 사회인구학적 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %, 년, Mean(SD))

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
성별	남성	1035(50.7)	3567(63.8)	4602(60.3)	108.00***
	여성	1007(49.3)	2021(36.2)	3028(39.7)	
연령	만 18~39세	98(4.8)	626(11.2)	724(9.5)	95.29***
	만 40~64세	747(36.6)	2223(39.8)	2970(38.9)	
	만 65세 이상	1197(58.6)	2739(49.0)	3936(51.6)	
최종 학력	무학	428(21.0)	537(9.6)	965(12.7)	243.27***
	초등학교	501(24.5)	1149(20.6)	1650(21.6)	
	중학교	308(15.1)	903(16.2)	1211(15.9)	
	고등학교	562(27.5)	1908(34.1)	2470(32.4)	
	대학 이상	242(11.9)	1031(18.5)	1273(16.7)	
혼인 상태	유배우	26(1.3)	3758(67.3)	3784(49.6)	3.21***
	사별	867(42.5)	505(9.0)	1372(18.0)	
	이혼	588(28.8)	247(4.4)	835(10.9)	
	별거	49(2.4)	18(0.3)	67(0.9)	
	미혼	511(25.0)	1057(18.9)	1568(20.6)	
	기타(미혼모/미혼부 등)	1(0.1)	3(0.1)	4(0.1)	
거주 지역	대도시	975(47.8)	2620(46.9)	3595(47.1)	5.21
	중소도시	612(30.0)	1816(32.5)	2428(31.8)	
	읍면	455(22.3)	1152(20.6)	1607(21.1)	
주 장애 유형	외부신체기능장애	1499(73.4)	3629(64.9)	5128(67.2)	82.40***
	내부기관장애	338(16.6)	1077(19.3)	1415(18.6)	
	발달장애	80(3.9)	539(9.7)	619(8.1)	
	정신장애	125(6.1)	343(6.1)	468(6.1)	
장애기간		11.91(8.8)	11.68(8.91)	11.74(8.88)	-1.02
장애 정도	심한 장애	875(42.9)	2748(49.2)	3623(47.5)	24.00***
	심하지 않은 장애	1167(57.2)	2840(50.8)	4007(52.5)	

주: *p<.05, **p <.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

1인 가구와 다인가구의 장애 유형별 분포는 다음과 같다. 1인 가구에 서는 지체장애인이 26.3%로 가장 많고, 그다음은 청각장애 16.9%, 시각 장애 13.9%, 뇌병변장애 11.9% 순으로 나타났다. 다인가구 역시 지체장애가 24.2%로 가장 많았으나, 이후 순위는 청각장애 14.3%, 뇌병변장애 11.6%, 시각장애 10.7% 순으로 1인 가구와 비교해 일부 차이를 보였다. 특히, 지적장애 비율은 다인가구가 7.6%로, 1인 가구의 3.8%보다 상대적으로 높았다.

〈표 3-2〉 사회인구학적 특성: 1인 가구 vs. 다인가구(주 장애 유형)

(단위: 명, %)

구분	1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value	
주 장애 유형	지체장애	536(26.3)	1352(24.2)	1888(24.7)	120.25***
	뇌병변장애	243(11.9)	647(11.6)	890(11.7)	
	시각장애	283(13.9)	595(10.7)	878(11.5)	
	청각장애	344(16.9)	801(14.3)	1145(15.0)	
	언어장애	61(3.0)	167(3.0)	228(3.0)	
	지적장애	78(3.8)	423(7.6)	501(6.6)	
	자폐성장애	2(0.1)	116(2.1)	118(1.6)	
	정신장애	125(6.1)	343(6.1)	468(6.1)	
	신장장애	125(6.1)	465(8.3)	590(7.7)	
	심장장애	24(1.2)	100(1.8)	124(1.6)	
	호흡기장애	54(2.6)	113(2.0)	167(2.2)	
	간장애	33(1.6)	160(2.9)	193(2.5)	
	안면장애	32(1.6)	67(1.2)	99(1.3)	
	장루/요루장애	62(3.0)	142(2.5)	204(2.7)	
뇌전증장애	40(2.0)	97(1.7)	137(1.8)		

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

2. 보건의료 및 건강 특성

가구 유형별로 살펴보면 먼저 대부분의 장애인이 건강보험에 가입하였다. 1인 가구의 경우 의료급여 1종 가입자가 38.0%로 가장 많았으며, 다인가구는 직장건강보험 가입자가 55.4%로 가장 많음으로 응답하였다. 1인 가구의 경우 민간보험에 27.7%가 가입했다고 응답하였으며 다인가구는 42.1%가 가입하였다고 응답하였다. 1인 가구 중에서 상당수가 의료급여 1종에 가입하였으며, 다인가구와 비교하였을 때도 의료급여 1종에 가입한 장애인이 상당함을 알 수 있다. 1인 가구의 92.2%, 다인가구의 88.7%가 정기적 진료를 받고 있다고 응답하여 다인가구에 속한 장애인에 비해 1인 가구 장애인이 정기적 진료를 더 많이 받고 있음을 알 수 있다. 주관적 건강상태에 대해서는 1인 가구의 53.7%가 나쁘다(나쁨+매우 나쁨)라고 응답하였으며 다인가구의 경우 45.9%가 나쁘다고 응답하여 1인 가구 장애인이 다인가구 장애인에 비해 주관적으로 건강상태를 나쁘게 인식함을 알 수 있다.

최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는지, 즉 미충족의료 경험이 있는지 확인한 결과, 1인 가구 장애인의 20.5%, 다인가구 장애인 15.9%가 미충족의료 경험이 있는 것으로 나타나 1인 가구의 미충족의료 경험이 더 높음을 알 수 있다. 1인 가구 89.1%, 다인가구 83.8%가 3개월 이상 계속되는 만성질환이 있다고 응답하여 대부분의 장애인이 만성질환을 가지고 있지만 특히 1인 가구에 속한 장애인의 경우 그렇지 않은 장애인에 비해 더 많은 비율을 차지하는 것으로 확인된다.

1인 가구 장애인과 다인가구 장애인의 정신건강을 비교한 결과는 다음과 같다. 최근 1년 동안 연속 2주 이상 일상생활에 지장을 줄 정도로 슬픔이나 절망감을 느낀 적이 있는지를 조사한 결과 1인 가구 장애인의

17.1%가 그렇다고 응답하여 다인가구 장애인(12.5%)에 비해 1년 우울 유병률이 더 높은 것으로 확인되었다, 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있는지에 대해서는 1인 가구 12.9%, 다인가구 8.2%로 1인 가구에 속한 장애인의 자살생각 비율이 다인가구 장애인에 비해 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 즉 1인 가구 장애인이 다인가구 장애인에 비해 정서적 건강이 취약한 것으로 나타났다. 그러나 최근 1년 동안 정신적 문제로 전문가 상담을 받아본 경험은 1인 가구 6.5%, 다인가구 5.6%로 전반적으로 정신적 문제로 인한 전문가 상담률이 저조하며 특히 1인 가구 장애인의 경우 정서적 건강이 더 취약함에도 불구하고 가구 유형별 전문가 상담 경험률은 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-3〉 보건의료건강 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
건강보험 가입 여부 및 형태	직장건강보험	738(36.1)	3098(55.4)	3836(50.3)	675.17***
	지역건강보험	483(23.7)	1744(31.2)	2227(29.2)	
	의료급여 1종	775(38.0)	677(12.1)	1452(19.0)	
	의료급여 2종	44(2.2)	67(1.2)	111(1.5)	
	기타	1(0.1)	1(0.0)	2(0.0)	
	미가입	1(0.1)	1(0.0)	2(0.0)	
민간의료보험 가입여부	가입	565(27.7)	2354(42.1)	2919(38.3)	132.33***
	미가입	1477(72.3)	3234(57.9)	4711(61.7)	
정기진료여부	예	1882(92.2)	4955(88.7)	6837(89.6)	19.59***
	아니오	160(7.8)	633(11.3)	793(10.4)	
주관적 건강상태	매우 좋음	16(0.8)	47(0.8)	63(0.8)	47.01***
	좋음	284(13.9)	1066(19.1)	1350(17.7)	
	보통	645(31.6)	1909(34.2)	2554(33.5)	
	나쁨	889(43.5)	2023(36.2)	2912(38.2)	
	매우 나쁨	208(10.2)	543(9.7)	751(9.8)	

94 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
최근 2년 건강검진 여부	예	1332(65.2)	3827(68.5)	5159(67.6)	7.24**
	아니오	710(34.8)	1761(31.5)	2471(32.4)	
미충족 의료 여부	예	418(20.5)	891(15.9)	1309(17.2)	21.55***
	아니오	1624(79.5)	4697(84.1)	6321(82.8)	
만성질환 유무	있음	1820(89.1)	4684(83.8)	6504(85.2)	33.47***
	없음	222(10.9)	904(16.2)	1126(14.8)	
일상생활 스트레스	대단히 많이 느낀다	118(5.8)	349(6.3)	467(6.1)	5.21***
	많이 느끼는 편이다	538(26.4)	1552(27.8)	2090(27.4)	
	조금 느끼는 편이다	914(44.8)	2521(45.1)	3435(45.0)	
	거의 느끼지 않는다	472(23.1)	1166(20.9)	1638(21.5)	
우울	예	350(17.1)	696(12.5)	1046(13.7)	27.75***
	아니오	1692(82.9)	4892(87.5)	6584(86.3)	
자살생각	예	263(12.9)	456(8.2)	719(9.4)	39.02***
	아니오	1779(87.1)	5132(91.8)	6911(90.6)	
정신적 문제로 인해 전문가 상담 여부	예	133(6.5)	313(5.6)	446(5.9)	2.26
	아니오	1909(93.5)	5275(94.4)	7184(94.2)	
지역 내 건강관련 서비스 경험 유무	예	2017(98.8)	5494(98.3)	7511(98.4)	2.04
	아니오	25(1.2)	94(1.7)	119(1.6)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

가장 최근 이용한 의료기관에 대해 만족하였는지 여부를 1인 가구와 다인가구를 비교하여 봤을 때 다음과 같다. 첫째, 의료진의 장애에 대한 이해에 있어서는 만족한다(매우 만족한다+만족한다)는 응답 비율이 1인 가구는 68.1%, 다인가구는 70.9%로 나타났다. 반면, 만족하지 않음(만족하지 않는다+전혀 만족하지 않는다)에 있어서는 1인 가구가 7.5%, 다인가구가 8.1%로 나타났다. 둘째, 장애인을 위한 의료시설 및 장비 만족도에 있어서는 만족한다(매우 만족한다+만족한다)는 응답비율이 1인 가

구는 65.3%, 다인가구는 65.5%로 나타났다. 보통이다는 각 30.6%, 29.7%로 나타났으며, 만족하지 않는다(만족하지 않는다+전혀 만족하지 않는다)는 각 4.2%, 4.9%로 나타났다. 셋째, 의료기관 내 장애인 편의시설 만족도에 있어서는 만족한다(매우 만족한다+만족한다)가 각 65.2%, 64.6%로 나타났다. 편의시설에 대해 만족하지 않는다(만족하지 않는다+전혀 만족하지 않는다)는 각 4.3%, 5.2%로 나타났다. 대체적으로 장애인 1인 가구는 의료기관 이용에 만족도가 상당함을 알 수 있다.

〈표 3-4〉 가장 최근 이용한 의료기관 만족도: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
의료진(의사, 간호사)의 장애에 대한 이해 만족도	매우 만족한다	199(9.8)	824(14.8)	1023(13.4)	40.69***
	만족한다	1190(58.3)	3133(56.1)	4323(56.7)	
	보통이다	501(24.5)	1183(21.2)	1684(22.1)	
	만족하지 않는다	142(7.0)	395(7.1)	537(7.0)	
	전혀 만족하지 않는다	10(0.5)	53(1.0)	63(0.8)	
장애인을 위한 의료시설 및 장비 만족도	매우 만족한다	124(6.1)	473(8.5)	597(7.8)	18.08***
	만족한다	1208(59.2)	3184(57)	4392(57.6)	
	보통이다	625(30.6)	1660(29.7)	2285(30)	
	만족하지 않는다	69(3.4)	243(4.4)	312(4.1)	
	전혀 만족하지 않는다	16(0.8)	28(0.5)	44(0.6)	
장애인 편의시설 만족도	매우 만족한다	110(5.4)	422(7.6)	532(7.0)	15.38***
	만족한다	1220(59.8)	3187(57.0)	4407(57.8)	
	보통이다	624(30.6)	1694(30.3)	2318(30.4)	
	만족하지 않는다	74(3.6)	254(4.6)	328(4.3)	
	전혀 만족하지 않는다	14(0.7)	31(0.6)	45(0.6)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

3. 일상생활지원 특성

기본적 일상생활동작과 수단적 일상생활동작 모두에서 1인 가구에 속한 장애인이 다인가구에 속한 장애인에 비해 타인의 지원이 덜 필요한 것으로 확인된다.

〈표 3-5〉 기본적 일상생활동작(ADL)과 수단적 일상생활동작(IADL): 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 점, Mean(SD))

구분	1인 가구	다인가구	전체	chi ² /T_value
ADL	1.17(0.37)	1.24(0.51)	1.22(0.48)	6.57***
IADL	1.45(0.67)	1.65(0.86)	1.59(0.82)	10.51***

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

일상생활 시 지원이 필요한 정도를 살펴보면 지원이 전혀 필요없다고 응답한 비율이 1인 가구 44.2%, 다인가구 40.2%로 확인된다. 지원이 필요한 장애인 중 일상생활 지원을 해주는 사람이 있는지 조사한 결과 1인 가구의 경우 70.3%, 다인가구 92.9%로 1인 가구의 경우 비교적 일상생활 지원 필요도는 낮지만 일상생활 지원이 필요한 경우 이를 도와주는 사람은 부족한 것으로 나타났다. 국가나 지자체 사업을 통한 일상생활 인력 지원이나 주간보호시설 이용 여부의 경우 1인 가구의 54.6%, 다인가구 24.6%로 1인 가구의 국가 또는 지자체 사업을 통한 지원을 받는 정도가 다인가구에 비해 높았다. 지원이 필요한 경우 지원해주는 사람이 있는 장애인을 대상으로 다른 사람의 지원이 충분한지 물어본 결과 1인 가구의 경우 52.9%가 부족하다(부족하다+매우 부족하다)라고 응답하여 다인가구(34.2%)에 비해 타인의 지원이 충분치 못한 것으로 확인된다. 응급안전 안심서비스 이용에 있어서는 1인 가구의 69.2%, 다인가구의 50.4%가

있다고 응답하였다.

〈표 3-6〉 일상생활지원: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %, 시간, Mean(SD))

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
일상생활 지원 필요정도	모든 일상생활을 혼자 할 수 있다	902 (44.2)	2246 (40.2)	3148 (41.3)	47.24***
	대부분의 일상생활을 다른 사람의 지원없이 혼자 할 수 있다	464 (22.7)	1139 (20.4)	1603 (21)	
	일부 다른 사람의 지원이 필요하다	481 (23.6)	1362 (24.4)	1843 (24.2)	
	대부분 다른 사람의 지원이 필요하다	157 (7.7)	612 (11.0)	769 (10.1)	
	거의 모든 일에 다른 사람의 지원이 필요하다	38 (1.9)	229 (4.1)	267 (3.5)	
지원해주는 사람 여부	있다	801 (70.3)	3105 (92.9)	3906 (87.2)	389.21***
	없다	339 (29.7)	237 (7.1)	576 (12.9)	
국가나 지자체 사 업을 통한 일상생 활 인력 지원이나 주간보호시설 이 용 여부	있다	437 (54.6)	763 (24.6)	1200 (30.7)	268.96***
	없다	364 (45.4)	2342 (75.4)	2706 (69.3)	
돌봄서비스(인력 및 주간보호시설)의 월 평균 이용 시간		98.5 (111.97)	104.19 (93.52)	102.12 (100.62)	0.90
현재 일상생활을 하는데 다른 사람의 지원이 필요한 시간(한 달 기준)		175.65 (131.86)	216.27 (123.67)	201.48 (128.16)	5.34***
다른 사람 지원의 충분 정도	매우 충분하다	7 (0.9)	219 (7.1)	226 (5.8)	118.41***
	충분하다	370 (46.2)	1823 (58.7)	2193 (56.1)	

98 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
	부족하다	372 (46.4)	939 (30.2)	1311 (33.6)	
	매우 부족하다	52 (6.5)	124 (4.0)	176 (4.5)	
응급안전안심서비스 이용 의사	있다	1413 (69.2)	2817 (50.4)	4230 (55.4)	213.63***
	없다	629 (30.8)	2771 (49.6)	3400 (44.6)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

4. 인터넷 활용 특성

휴대폰, 컴퓨터, 스마트 주변기기, 인터넷 사용 여부를 가구 유형별로 정리하면 다음과 같다. 스마트폰 사용에 있어 1인 가구가 65.6%, 다인가구가 68.8%로 나타났다. 컴퓨터 사용에 있어서 1인 가구가 22.0%, 다인가구가 33.1%로 나타났다. 반면 컴퓨터를 사용하지 않는 비율은 1인 가구 중 78.0%, 다인가구 중 66.9%로 나타났다. 상당수가 컴퓨터를 사용하지 않음을 알 수 있다. 스마트 주변기기 사용에 있어서도 이용하지 않는 비율이 1인 가구 중에서는 92.6%, 다인가구 중에서는 88.4%로 나타났다. 인터넷 사용에 있어서는 1인 가구의 57.6%가 사용하지 않으며, 다인가구에 있어서는 50.6%가 사용함을 알 수 있다. 스마트폰이나 인터넷을 제외한 기기는 거의 상당히 사용하지 않음을 알 수 있다.

〈표 3-7〉 인터넷 활용 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
휴대폰 사용 여부	휴대폰 사용	589(28.8)	1104(19.8)	1693(22.2)	111.19***
	스마트폰 사용	1340(65.6)	3843(68.8)	5183(67.9)	
	아니오	113(5.5)	641(11.5)	754(9.9)	
컴퓨터 사용 여부	예	450(22)	1850(33.1)	2300(30.1)	87.02***
	아니오	1592(78)	3738(66.9)	5330(69.9)	
스마트 주변기기 사용 여부	예	152(7.4)	648(11.6)	800(10.5)	27.48***
	아니오	1890(92.6)	4940(88.4)	6830(89.5)	
인터넷 사용 여부	예	865(42.4)	2826(50.6)	3691(48.4)	40.39***
	아니오	1177(57.6)	2762(49.4)	3939(51.6)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

5. 취업 및 직업생활 특성

현재 경제활동을 하고 있다고 응답한 1인 가구 장애인은 27.8%, 다인가구에 속한 장애인은 35.6%로 다인가구 장애인에 비해 1인 가구 장애인의 경우 경제활동을 하고 있는 비율이 낮음을 알 수 있다. 현재 경제활동을 하고 있는 장애인을 대상으로 지난 주 일한 곳을 조사한 결과, 1인 가구(17.6%)의 경우 다인가구(25.6%)에 비해 자영업 비율이 낮은 것으로 확인되었으며 특히 1인 가구의 경우 기타라고 응답한 비율이 18.5%로 다인가구에 비해 높은 것으로 확인되었다. 주 평균 근무일수와 일 평균 근무시간을 비교해보면 근무일수와 근무시간 모두 다인가구에 비해 1인 가구 장애인이 주 평균 근무일수와 일 평균 근무시간 모두 유의미하게 적은 값으로 나타났다.

100 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

〈표 3-8〉 취업 및 직업생활 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %, 일, 시간, Mean(SD))

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
경제활동 여부	하고 있지 않다	1475(72.2)	3601(64.4)	5076(66.5)	40.77***
	하고 있다	567(27.8)	1987(35.6)	2554(33.5)	
지난 주 일한 곳	자영업	100(17.6)	508(25.6)	608(23.8)	66.34***
	일반사업체	282(49.7)	976(49.1)	1258(49.3)	
	정부 및 정부 관련기관	47(8.3)	178(9)	225(8.8)	
	장애인 보호 작업장	5(0.9)	44(2.2)	49(1.9)	
	장애인 근로 사업장	9(1.6)	50(2.5)	59(2.3)	
	장애인 표준 사업장	2(0.4)	14(0.7)	16(0.6)	
	장애인 관련 기관	17(3.0)	59(3.0)	76(3.0)	
기타	105(18.5)	158(8.0)	263(10.3)		
주 평균 근무일수		4.53(1.27)	4.96(1.06)	4.86(1.13)	7.37***
일 평균 근무시간		6.68(3.08)	7.04(2.94)	6.96(2.97)	2.54*
직업훈련 경험	예	77(3.8)	280(5.0)	357(4.7)	7.16*
	훈련 중	10(0.5)	44(0.8)	54(0.7)	
	아니오	1955(95.7)	5264(94.2)	7219(94.6)	
직업훈련 받지 않은 주된 이유	직업훈련이 있는지 몰라서	311(15.9)	677(12.9)	988(13.7)	54.46***
	등록절차를 몰라서	20(1.0)	54(1.0)	74(1.0)	
	심한 장애로 훈련받기 어려워서	435(22.3)	1152(21.9)	1587(22.0)	
	직업훈련 비용이 부담되어서	20(1.0)	31(0.6)	51(0.7)	
	직업훈련 내용이 맘에 안 들어서	64(3.3)	155(2.9)	219(3.0)	
	직업훈련이 취업에 도움이 안 되어서	121(6.2)	321(6.1)	442(6.1)	
	훈련받을 필요가 없어서	573(29.3)	1968(37.4)	2541(35.2)	
	집 근처에 훈련기관 없어서	38(1.9)	110(2.1)	148(2.1)	
	훈련과정의 장애 편의지원 미비로	10(0.5)	22(0.4)	32(0.4)	
	노령이어서	361(18.5)	770(14.6)	1131(15.7)	
	기타	2(0.1)	4(0.1)	6(0.1)	

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
직업훈련 희망 분야	기계분야	17(0.8)	63(1.1)	80(1.1)	27.14
	금속분야	4(0.2)	14(0.3)	18(0.2)	
	화학/요업분야	1(0.1)	6(0.1)	7(0.1)	
	전기/전자분야	13(0.6)	45(0.8)	58(0.8)	
	통신분야	1(0.1)	16(0.3)	17(0.2)	
	조선/항공분야	1(0.1)	5(0.1)	6(0.1)	
	토목/건축분야	23(1.1)	48(0.9)	71(0.9)	
	섬유분야	2(0.1)	5(0.1)	7(0.1)	
	광업분야	0(0.0)	1(0.0)	1(0.0)	
	컴퓨터/정보처리분야	60(2.9)	196(3.5)	256(3.4)	
	공예분야	12(0.6)	50(0.9)	62(0.8)	
	산업응용분야	5(0.2)	6(0.1)	11(0.1)	
	침술/안마분야	7(0.3)	17(0.3)	24(0.3)	
	사무분야	16(0.8)	76(1.4)	92(1.2)	
	이/미용분야	16(0.8)	34(0.6)	50(0.7)	
	제과/제빵분야	36(1.8)	161(2.9)	197(2.6)	
	이외 서비스분야	44(2.2)	123(2.2)	167(2.2)	
	이외 문화예술분야	23(1.1)	57(1)	80(1.1)	
	농축산업/임업	17(0.8)	46(0.8)	63(0.8)	
	기타	6(0.3)	13(0.2)	19(0.3)	
희망 안함	1738(85.1)	4606(82.4)	6344(83.2)		

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

6. 사회 및 문화·여가활동 특성

혼자 외출이 가능한지에 대해서 1인 가구 장애인 85.3%, 다인가구 78.5%가 그러하다고 응답하였다. 혼자 외출이 가능하다고 응답한 비율은 1인 가구 장애인이 더 높았으나 지난 1개월 동안 외출빈도를 살펴보면 거의 매일 외출한다는 비율은 1인 가구 56.3%, 다인가구 61.3%로 거의 매일 외출하는 비율은 1인 가구 장애인에 비해 다인가구에 속한 장애인

이 더 많은 것으로 나타났다. 외출의 주목적에 대해서는 다인가구의 경우 통근/통학이 34.5%로 가장 높았으며 다음으로 산책/운동이 33.6%로 확인된 반면 1인 가구의 경우에는 산책/운동이 37.7%로 가장 많았으며 통근/통학이 23.6%로 두 번째로 많은 것으로 확인된다.

다인가구의 경우에는 44.0%가 자가용을 이용한다고 응답하였으며 1인 가구의 경우에는 자가용 이용 비율은 25.8%로 다인가구에 비해 낮았으며 일반버스, 일반택시, 지하철/전철 등 일반 대중교통 이용 비율이 다인가구에 비해 높은 것으로 나타났다. 교통수단 이용 시 어려움을 느낀다는 비율(약간 어렵다+매우 어렵다)이 1인 가구 40.8%, 다인가구 34.9%로 1인 가구 장애인이 다인가구 장애인에 비해 교통수단 이용 시 어려움을 더 느끼는 것으로 나타났다. 문화 및 여가활동에 대한 만족도를 가구 유형별로 살펴본 결과, 불만족한다는 비율(약간 불만이다+매우 불만이다)이 1인 가구의 경우 51.7%, 다인가구 47.3%로 문화 및 여가활동 만족도가 1인 가구가 더 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-9〉 사회 및 문화·여가활동 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
혼자 외출 여부	예	1742(85.3)	4386(78.5)	6128(80.3)	43.98***
	아니오	300(14.7)	1202(21.5)	1502(19.7)	
지난 1개월 동안 외출 빈도	거의 매일	1149(56.3)	3427(61.3)	4576(60.0)	38.16***
	주 1~3회	617(30.2)	1352(24.2)	1969(25.8)	
	월 1~3회	218(10.7)	558(10.0)	776(10.2)	
	전혀 외출 않음	58(2.8)	251(4.5)	309(4.1)	
외출의 주된 목적	통근/통학	469(23.6)	1841(34.5)	2310(31.6)	117.79***
	병원 진료	329(16.6)	856(16.0)	1185(16.2)	
	쇼핑(물건사기)	118(6.0)	193(3.6)	311(4.3)	
	산책/운동	748(37.7)	1794(33.6)	2542(34.7)	

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
	친척, 친구, 이웃 방문	192(9.7)	305(5.7)	497(6.8)	
	여행	1(0.1)	1(0.0)	2(0.0)	
	지역사회 시설이용	119(6.0)	303(5.7)	422(5.8)	
	외식	3(0.2)	21(0.4)	24(0.3)	
	기타	5(0.3)	23(0.4)	28(0.4)	
집밖 활동 시 불편 정도	매우 불편하다	278(14.0)	750(14.1)	1028(14.0)	8.85*
	약간 불편하다	657(33.1)	1625(30.5)	2282(31.2)	
	거의 불편하지 않다	758(38.2)	2045(38.3)	2803(38.3)	
	전혀 불편하지 않다	291(14.7)	917(17.2)	1208(16.5)	
집밖 활동 시 불편 이유	장애인관련 편의시설 (이동수단 포함) 부족	493(52.7)	1120(47.2)	1613(48.7)	17.48**
	외출 시 동반자가 없어	223(23.9)	547(23.0)	770(23.3)	
	주위 사람들의 시선 때문에	106(11.3)	299(12.6)	405(12.2)	
	의사소통의 어려움이 있어서	109(11.7)	384(16.2)	493(14.9)	
	기타	4(0.4)	25(1.1)	29(0.9)	
교통·이동 수단	일반버스	479(24.1)	982(18.4)	1461(20.0)	236.13***
	일반택시	155(7.8)	278(5.2)	433(5.9)	
	지하철/전철	208(10.5)	515(9.7)	723(9.9)	
	특별교통수단 (장애인콜택시)	95(4.8)	195(3.7)	290(4)	
	복지관버스	15(0.8)	38(0.7)	53(0.7)	
	자가용	511(25.8)	2347(44.0)	2858(39.0)	
	셔틀형 복지버스	17(0.9)	37(0.7)	54(0.7)	
	통학/통근버스	9(0.5)	46(0.9)	55(0.8)	
	자전거/오토바이	62(3.1)	127(2.4)	189(2.6)	
	전동휠체어, 전동스쿠터	71(3.6)	79(1.5)	150(2.1)	
	바우처택시 (교통약자 지원)	13(0.7)	32(0.6)	45(0.6)	
	도보	334(16.8)	638(12.0)	972(13.3)	
	기타	15(0.8)	23(0.4)	38(0.5)	

104 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
교통수단 이용시 어려운 정도	매우 어렵다	254(12.8)	601(11.3)	855(11.7)	28.74***
	약간 어렵다	556(28.0)	1261(23.6)	1817(24.8)	
	거의 어렵지 않다	820(41.3)	2283(42.8)	3103(42.4)	
	전혀 어렵지 않다	354(17.8)	1192(22.3)	1546(21.1)	
교통수단 이용시 어려운 이유	버스/택시의 물리적 접근과 탑승시 어려움	422(52.1)	888(47.7)	1310(49.0)	29.34***
	버스/택시의 이용을 위한 정보 접근 어려움	127(15.7)	397(21.3)	524(19.6)	
	지하철에 엘리베이터 등 편의시설 부족	56(6.9)	91(4.9)	147(5.5)	
	장애인 콜택시 등 전용 교통수단 부족	161(19.9)	324(17.4)	485(18.2)	
	자동차 개조 및 운전면허증 확보 어려움	7(0.9)	10(0.5)	17(0.6)	
	승차거부 및 심리적 불편함	35(4.3)	148(8)	183(6.9)	
	기타	2(0.3)	4(0.2)	6(0.2)	
문화 및 여가 활동 만족도	매우 만족한다	63(3.1)	274(4.9)	337(4.4)	25.74***
	약간 만족한다	925(45.3)	2671(47.8)	3596(47.1)	
	약간 불만이다	824(40.4)	1960(35.1)	2784(36.5)	
	매우 불만이다	230(11.3)	683(12.2)	913(12)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

7. 생활만족도 및 차별 경험

생활만족도를 가족 관계, 친구 관계, 거주지 등 8가지 항목으로 나누어 조사한 결과, 1인 가구의 경우 다인가구 장애인에 비해 모든 항목에서 불만족(약간 불만이다+매우 불만이다)이라는 응답이 더 높은 것으로 나타났다. 현재 하는 일에 대한 만족도를 제외하고 두 집단 간의 차이는 유의미하였다. 특히 가족관계 만족도에서 1인 가구의 불만족(약간 불만이다+

매우 불만이다) 비율은 33.2%, 다인가구의 경우 10.7%로 확인되었으며, 현재 삶에 대한 전반적인 만족도에서는 1인 가구의 경우 49.3%, 다인가구 34.6%로 확인되어 1인 가구 장애인의 경우 다인가구에 비해 가족관계에서의 불만족이 높은 편이며 전반적인 삶에 있어서도 절반 가까이 1인 가구 장애인이 불만족하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-10〉 생활만족도: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
가족과의 관계 만족도	매우 만족한다	283(14.5)	1734(31.0)	2017(26.7)	650.21***
	약간 만족한다	1025(52.4)	3257(58.3)	4282(56.8)	
	약간 불만이다	452(23.1)	502(9.0)	954(12.7)	
	매우 불만이다	197(10.1)	94(1.7)	291(3.9)	
사귀는 친구들의 수와 관계에 대한 만족도	매우 만족한다	194(9.5)	784(14.0)	978(12.8)	37.91***
	약간 만족한다	978(47.9)	2642(47.3)	3620(47.4)	
	약간 불만이다	671(32.9)	1561(27.9)	2232(29.3)	
	매우 불만이다	199(9.8)	601(10.8)	800(10.5)	
거주지(살고 있는 집에 대한 만족도	매우 만족한다	296(14.5)	1280(22.9)	1576(20.7)	120.93***
	약간 만족한다	1264(61.9)	3487(62.4)	4751(62.3)	
	약간 불만이다	419(20.5)	709(12.7)	1128(14.8)	
	매우 불만이다	63(3.1)	112(2.0)	175(2.3)	
요즘 건강상태 만족도	매우 만족한다	44(2.2)	203(3.6)	247(3.2)	38.41***
	약간 만족한다	665(32.6)	2141(38.3)	2806(36.8)	
	약간 불만이다	930(45.5)	2198(39.3)	3128(41.0)	
	매우 불만이다	403(19.7)	1046(18.7)	1449(19.0)	
한 달 수입 만족도	매우 만족한다	63(3.1)	203(3.9)	266(3.7)	11.78**
	약간 만족한다	784(38.5)	2122(41.2)	2906(40.4)	
	약간 불만이다	976(47.9)	2252(43.7)	3228(44.9)	
	매우 불만이다	214(10.5)	575(11.2)	789(11.0)	
여가활동만족도	매우 만족한다	59(2.9)	282(5.1)	341(4.5)	24.55***
	약간 만족한다	886(43.4)	2536(45.4)	3422(44.9)	
	약간 불만이다	857(42.0)	2098(37.5)	2955(38.7)	
	매우 불만이다	240(11.8)	672(12.0)	912(12.0)	

106 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
현재 하는 일 만족도	매우 만족한다	85(15.0)	330(16.4)	415(16.1)	5.77
	약간 만족한다	356(62.8)	1327(65.8)	1683(65.1)	
	약간 불만이다	112(19.8)	324(16.1)	436(16.9)	
	매우 불만이다	14(2.5)	36(1.8)	50(1.9)	
현재 삶에 대한 만족도	매우 만족한다	67(3.3)	417(7.5)	484(6.3)	162.27***
	약간 만족한다	967(47.4)	3239(58.0)	4206(55.1)	
	약간 불만이다	840(41.1)	1545(27.7)	2385(31.3)	
	매우 불만이다	168(8.2)	387(6.9)	555(7.3)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

장애로 인한 어려움은 1인 가구와 다인가구 간 유의미한 차이가 확인되지 않았으나 몸이 아플 때나 큰돈이 필요한 경우, 정서적으로 어려울 때 도움을 줄 수 있는 사람이 있는지에 대해서는 모두 1인 가구가 다인가구에 비해 도와줄 사람이 없다고 응답한 비율이 높은 것으로 나타났다.

본인에 대한 차별 인지나 한국 사회의 장애인 차별 인식에 대해서는 1인 가구와 다인가구 간의 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

〈표 3-11〉 차별 경험 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
장애로 인한 어려움 여부	예	1251(61.3)	3405(60.9)	4656(61.0)	0.07
	아니오	791(38.7)	2183(39.1)	2974(39.0)	
몸이 아플 때 집단일을 도와줄 사람이 있는지 여부	예	1464(71.7)	4484(80.2)	5948(78.0)	63.60***
	아니오	578(28.3)	1104(19.8)	1682(22.0)	
갑자기 큰돈을 빌려야 할 경우 도와줄 사람이 있는지 여부	예	699(34.2)	2561(45.8)	3260(42.7)	82.22***
	아니오	1343(65.8)	3027(54.2)	4370(57.3)	

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요한 경우 도와줄 사람 여부	예	1269(62.1)	4037(72.2)	5306(69.5)	72.01***
	아니오	773(37.9)	1551(27.8)	2324(30.5)	
장애 때문에 차별받고 있다고 느끼는 정도	항상 느낌	83(4.1)	260(4.7)	343(4.5)	4.26
	가끔 느낌	600(29.4)	1588(28.4)	2188(28.7)	
	별로 느끼지 않음	1024(50.2)	2734(48.9)	3758(49.3)	
	전혀 느끼지 않음	335(16.4)	1006(18)	1341(17.6)	
우리나라의 장애인에 대한 차별 인식	전혀 없다	23(1.1)	66(1.2)	89(1.2)	2.68
	별로 없다	373(18.3)	972(17.4)	1345(17.6)	
	약간 있다	1275(62.4)	3448(61.7)	4723(61.9)	
	매우 있다	371(18.2)	1102(19.7)	1473(19.3)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

8. 결혼생활·여성장애인 특성

결혼생활을 자녀 여부, 18세 미만 자녀 여부, 자녀의 장애 여부로 나누어 조사한 결과는 다음과 같다. 자녀 여부에 있어서는 1인 가구 중 92.6%, 다인가구 중 95.5%가 그렇하다고 응답하였다. 자녀가 있는 가구 중 18세 미만 자녀 여부에서는 ‘그렇지 않다’라고 응답한 비율이 1인 가구는 98.5%, 다인가구는 91.3%로 나타났다. 자녀의 장애 여부를 봤을 때, 1인 가구의 96.9%, 다인가구의 95.9%가 그렇지 않다고 응답하였다. 자녀의 장애여부를 제외하고는 가구 간 응답 차이가 유의미하였다.

여성장애인으로서 어려운 점을 봤을 때, 1인 가구 중에서는 취업 등 경제적 자립이 어렵다는 응답이 34.1%로 나타났으며, 다인가구 중에서도 해당 응답이 29.6%로 나타났다. 여성장애인의 취업과 경제적 자립 역량이 주요 욕구임을 알 수 있다.

108 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

〈표 3-12〉 결혼생활·여성장애인 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
자녀 여부	예	1417(92.6)	4325(95.5)	5742(94.7)	19.24***
	아니오	114(7.5)	206(4.6)	320(5.3)	
18세 미만 자녀 여부	예	22(1.6)	375(8.7)	397(6.9)	84.02***
	아니오	1395(98.5)	3950(91.3)	5345(93.1)	
자녀의 장애 여부	예	44(3.1)	177(4.1)	221(3.9)	2.81
	아니오	1373(96.9)	4148(95.9)	5521(96.2)	
여성장애인 으로서 특히 어려웠던 점	가족 내 장애에 대한 인식부족으로 인한 소 외 경험	46(4.6)	116(5.7)	162(5.4)	36.22**
	결혼 후 배우자 가족 의 차별 및 학대	41(4.1)	50(2.5)	91(3.0)	
	교육기회 부족	57(5.7)	77(3.8)	134(4.4)	
	사회화 기회의 부족	112(11.1)	232(11.5)	344(11.4)	
	친구 등 동료교제의 어려움	112(11.1)	202(10.0)	314(10.4)	
	사회의 편견과 무시, 이 중차별	75(7.5)	171(8.5)	246(8.1)	
	취업 등 경제적 자립 어려움	343(34.1)	599(29.6)	942(31.1)	
	성희롱, 성추행, 성폭 행 등 문제	7(0.7)	23(1.1)	30(1.0)	
	이성교제의 어려움	23(2.3)	43(2.1)	66(2.2)	
	임신/출산의 어려움	24(2.4)	44(2.2)	68(2.3)	
	자녀 양육의 어려움	110(10.9)	279(13.8)	389(12.9)	
	임신/출산/양육 후 경 력단절	11(1.1)	52(2.6)	63(2.1)	
	전문 프로그램 부족 등 여가시간 활용의 어려움	37(3.7)	109(5.4)	146(4.8)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

9. 주거 특성

현재 거주하는 주거형태를 살펴보면 다인가구의 경우에는 아파트(오피스텔)이 49.6%로 가장 많았으나 1인 가구의 경우 단독주택이 47.4%로 가장 많은 것으로 확인되었다. 다인가구에 비해 1인 가구의 경우 지상이 아닌 (반)지하층, 옥탑 등 비교적 열악한 위치 비율이 높은 것으로 나타났다. 거주하고 있는 집의 소유형태는 다인가구의 경우 69.7%가 자가라고 응답하였으나 1인 가구의 경우에는 27.6%만이 자가인 것으로 나타났다. 특히 무상이라고 응답한 비율이 1인 가구의 경우 17.1%에 달하는 것으로 나타났다.

현재 거주하고 있는 집 구조가 생활에 편리한지 정도를 가구 유형별로 살펴본 결과 1인 가구의 22.9%, 다인가구 17.0%가 불편하다(약간 불편하다+매우 불편하다)고 응답하여 비교적 1인 가구의 집구조가 생활하기에 불편함을 알 수 있다. 1인 가구와 다인가구 모두 일반주택에 거주하고 싶다는 응답이 가장 많았으나 지원주택에 거주하고 싶다는 비율이 1인 가구 16.4%, 다인가구 7.2%로 1인 가구는 다인가구에 비해 향후 일상생활을 지원해주는 지원주택 거주를 희망하는 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 주거 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
주거 형태	단독주택(다가구용, 영 업겸용)	968(47.4)	2083(37.3)	3051(40.0)	113.81***
	아파트(오피스텔)	773(37.9)	2770(49.6)	3543(46.4)	
	연립주택	71(3.5)	188(3.4)	259(3.4)	
	다세대 주택	191(9.4)	493(8.8)	684(9.0)	
	비거주용 건물 내 주택	22(1.1)	44(0.8)	66(0.9)	

110 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
	비닐하우스, 움막, 판자 집, 임시막사	3(0.2)	7(0.1)	10(0.1)	
	고시원	8(0.4)	0(0.0)	8(0.1)	
	기타	6(0.3)	3(0.1)	9(0.1)	
주거 위치	지하층	22(1.1)	36(0.6)	58(0.8)	25.42***
	지상	1979(96.9)	5506(98.5)	7485(98.1)	
	반지하층	39(1.9)	46(0.8)	85(1.1)	
	옥탑	2(0.1)	0(0.0)	2(0.0)	
집의 소유 형태	자가	562(27.6)	3895(69.7)	4457(58.5)	1.2e+03***
	전세	158(7.8)	391(7.0)	549(7.2)	
	보증금 있는 월세	861(42.3)	901(16.1)	1762(23.1)	
	보증금 없는 월세	89(4.4)	42(0.8)	131(1.7)	
	년세, 일세	20(1.0)	14(0.3)	34(0.5)	
	무상	348(17.1)	344(6.2)	692(9.1)	
집 구조생활 편리 정도	매우 편리하다	368(18.0)	1475(26.4)	1843(24.2)	74.46***
	약간 편리하다	1207(59.1)	3165(56.6)	4372(57.3)	
	약간 불편하다	408(20.0)	808(14.5)	1216(15.9)	
	매우 불편하다	59(2.9)	140(2.5)	199(2.6)	
주택 개조 의사	반드시 고치고 싶다	43(2.1)	79(1.4)	122(1.6)	11.56*
	가급적 고치고 싶다	222(10.9)	572(10.2)	794(10.4)	
	별로 고치고 싶지 않다	910(44.6)	2552(45.7)	3462(45.4)	
	전혀 고치고 싶지 않다	783(38.3)	2078(37.2)	2861(37.5)	
	이미 개조하였다	84(4.1)	307(5.5)	391(5.1)	
살고싶은 주거유형	일반주택	1547(75.8)	4901(87.7)	6448(84.5)	183.57***
	지원주택(일상생활 지원)	334(16.4)	401(7.2)	735(9.6)	
	공동생활가정(그룹홈)	25(1.2)	73(1.3)	98(1.3)	
	유료복지주택(노인실버 타운)	52(2.6)	89(1.6)	141(1.9)	
	거주시설	13(0.6)	16(0.3)	29(0.4)	
	요양시설	71(3.5)	108(1.9)	179(2.4)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

10. 주택의 구조·성능 및 환경 및 재난 대비 특성

거주하고 있는 주택의 구조, 성능 및 환경을 살펴본 결과 모든 항목에서 1인 가구가 거주하는 주택이 다인가구가 거주하고 있는 주택에 비해 구조나 성능 및 환경이 열악한 것으로 확인되었다.

〈표 3-14〉 주택의 구조·성능 및 환경: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
내열·내화·방열 및 방습 양호	예	1615(79.1)	4796(85.8)	6411(84.0)	50.57***
	아니오	427(20.9)	792(14.2)	1219(16.0)	
방음·환기·채광 및 난방 설비 갖추	예	1607(78.7)	4861(87.0)	6468(84.8)	79.66***
	아니오	435(21.3)	727(13.0)	1162(15.2)	
소음·진동·악취 및 대기 오염 없음	예	1711(83.8)	4948(88.6)	6659(87.3)	30.46***
	아니오	331(16.2)	640(11.5)	971(12.7)	
해일·홍수·산사태 및 절 벽의 붕괴로부터 안전	예	1868(91.5)	5250(94.0)	7118(93.3)	14.60***
	아니오	174(8.5)	338(6.1)	512(6.7)	
안전한 전기시설, 화재 발생 시 대응할 수 있는 구조와 설비	예	1409(69.0)	4429(79.3)	5838(76.5)	87.57***
	아니오	633(31.0)	1159(20.7)	1792(23.5)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

재난 및 사고로부터 안전하다고 느끼는 정도를 가구 유형별로 살펴본 결과 안전하다(안전하다+매우 안전하다)라고 응답한 비율이 1인 가구 26.8%, 다인가구 33.2%로 나타났다. 거주 주택의 재난 대비 여부를 항목 별로 살펴본 결과 스스로 대피가 가능하다는 항목을 제외한 나머지 모든 항목에서 다인가구에 비해 1인 가구의 재난 대비 정도가 취약한 것으로 나타났다. 특히 재난 시 대피를 도와줄 조력자가 있는지에 대해서 다인가구는 84.8%가 조력자가 있다고 응답하였으나 1인 가구의 경우 오직 19.2%만이 조력자가 있다고 응답하였다.

〈표 3-15〉 재난 안전 및 거주하는 주택의 재난 대비 여부: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
재난 및 사고로부터 안전하다고 느끼는 정도	매우 위험하다	148(7.3)	435(7.8)	583(7.6)	33.80***
	위험하다	577(28.3)	1424(25.5)	2001(26.2)	
	보통이다	771(37.8)	1874(33.5)	2645(34.7)	
	안전하다	514(25.2)	1718(30.7)	2232(29.3)	
재난 시 행동요령을 알고 있다	예	1212(59.4)	3696(66.1)	4908(64.3)	30.03***
	아니오	830(40.7)	1892(33.9)	2722(35.7)	
재난 시 스스로 대피 가능하다	예	1427(69.9)	3835(68.6)	5262(69.0)	1.10
	아니오	615(30.1)	1753(31.4)	2368(31.0)	
재난 시 대피를 도와줄 조력자가 있다	예	392(19.2)	4741(84.8)	5133(67.3)	2.9e+03***
	아니오	1650(80.8)	847(15.2)	2497(32.7)	
재난에 대비한 소화기, 경보기 등 안전용품이 있다	예	1125(55.1)	3845(68.8)	4970(65.1)	123.88***
	아니오	917(44.9)	1743(31.2)	2660(34.9)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

11. 복지서비스 인식, 이용 경험

장애등록 후 국가나 사회로부터 지원 인식을 살펴보면 (매우 많이 받고 있다+약간 받고 있다)의 응답이 1인 가구 52.7%, 다인가구 43.2%로 다인가구에 비해 1인 가구가 현재 지원 수준에 더 만족하고 있는 것으로 보인다, 가구 유형별로 우리나라의 장애인 지원정책 수준에 대한 인식을 살펴보면 높다(높다+매우 높다)라고 응답한 비율이 1인 가구 21.7%, 다인가구 18.3%로 지원을 잘 받고 있다고 응답한 비율이 높은 만큼 우리나라의 장애인 지원정책 수준이 높다고 인식하는 비율이 1인 가구가 더 높은 것으로 확인된다.

〈표 3-16〉 복지서비스 인식: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
장애등록 후 국가나 사회로부터의 지원 인식	매우 많이 받고 있다	155(7.6)	199(3.6)	354(4.6)	94.28***
	약간 받고 있다	920(45.1)	2210(39.6)	3130(41)	
	별로 받지 않고 있다	820(40.2)	2582(46.2)	3402(44.6)	
	전혀 받지 않고 있다	147(7.2)	597(10.7)	744(9.8)	
우리나라의 장애인 지원 정책 수준에 대한 인식	매우 낮다	60(2.9)	223(4.0)	283(3.7)	27.43***
	낮다	466(22.8)	1518(27.2)	1984(26.0)	
	보통이다	1072(52.5)	2824(50.5)	3896(51.1)	
	높다	429(21.0)	973(17.4)	1402(18.4)	
	매우 높다	15(0.7)	50(0.9)	65(0.9)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

장애인복지사업별로 이용 경험을 봤을 때, 1인 가구 중에서는 장애수당 이용비율이 39.2%로 가장 높았고, 다인가구 중에서는 장애인 연금이 17.3%로 가장 높았다.

〈표 3-17〉 장애인복지사업 이용 경험: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
장애인 연금	있다	377(18.5)	967(17.3)	1344(17.6)	1.38
	없다	1665(81.5)	4621(82.7)	6286(82.4)	
장애수당	있다	800(39.2)	698(12.5)	1498(19.6)	674.99***
	없다	1242(60.8)	4890(87.5)	6132(80.4)	
장애인의료비 지원	있다	198(9.7)	310(5.6)	508(6.7)	41.42***
	없다	1844(90.3)	5278(94.5)	7122(93.3)	
장애인활동지원서비스	있다	110(5.4)	354(6.3)	464(6.1)	2.35
	없다	1932(94.6)	5234(93.7)	7166(93.9)	

114 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
장애인생활 도우미	있다	13(0.6)	8(0.1)	21(0.3)	13.27***
	없다	2029(99.4)	5580(99.9)	7609(99.7)	
직업재활시설	있다	42(2.1)	210(3.8)	252(3.3)	13.55***
	없다	2000(97.9)	5378(96.2)	7378(96.7)	
장애인복지관	있다	253(12.4)	630(11.3)	883(11.6)	1.82
	없다	1789(87.6)	4958(88.7)	6747(88.4)	
장애인주간보호시설	있다	12(0.6)	140(2.5)	152(2.0)	28.17***
	없다	2030(99.4)	5448(97.5)	7478(98.0)	
장애인체육시설	있다	45(2.2)	154(2.8)	199(2.6)	1.80
	없다	1997(97.8)	5434(97.2)	7431(97.4)	
장애인생활이동지원 센터	있다	22(1.1)	42(0.8)	64(0.8)	1.91
	없다	2020(98.9)	5546(99.3)	7566(99.2)	
장애인재활지원센터	있다	21(1.0)	80(1.4)	101(1.3)	1.86
	없다	2021(99.0)	5508(98.6)	7529(98.7)	
교통약자이동지원센터	있다	273(13.4)	587(10.5)	860(11.3)	12.27***
	없다	1769(86.6)	5001(89.5)	6770(88.7)	
장애인정보화교육기관	있다	6(0.3)	61(1.1)	67(0.9)	10.94**
	없다	2036(99.7)	5527(98.9)	7563(99.1)	
장애인자립생활센터	있다	14(0.7)	54(1.0)	68(0.9)	1.33
	없다	2028(99.3)	5534(99.0)	7562(99.1)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

12. 경제상태 및 월 평균 가구·개인 소득

1인 가구의 경우 69.3%가 하층이라고 응답하였으나 다인가구의 경우 33.6%가 하층이라고 응답하여 다인가구에 비해 1인 가구 장애인이 스스로 하층이라고 생각하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 국민기초생활보장 수급 여부를 살펴보면, 생계급여, 의료급여, 주거급여에서 1인 가구의 수급비율이 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 가구의 주된 수입원을 조

사한 결과, 다인가구의 경우에는 가구주의 소득이라는 응답이 43.8%로 가장 높았으나 1인 가구의 경우에는 국민기초생활보장급여가 38.0%로 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 경제상태: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
주관적 소속 계층	하층	1416(69.3)	1878(33.6)	3294(43.2)	800.71***
	중하층	538(26.4)	2786(49.9)	3324(43.6)	
	중상층	86(4.2)	897(16.1)	983(12.9)	
	상층	2(0.1)	27(0.5)	29(0.4)	
국민기초생활 보장_생계급여 수급 여부	수급	842(41.2)	771(13.8)	1613(21.1)	675.28***
	비수급	1200(58.8)	4817(86.2)	6017(78.9)	
국민기초생활 보장_의료급여 수급 여부	수급	827(40.5)	775(13.9)	1602(21.0)	639.38***
	비수급	1215(59.5)	4813(86.1)	6028(79.0)	
국민기초생활 보장_주거급여 수급 여부	수급	949(46.5)	908(16.3)	1857(24.3)	741.91***
	비수급	1093(53.5)	4680(83.8)	5773(75.7)	
국민기초생활 보장_교육급여 수급 여부	수급	2(0.1)	75(1.3)	77(1.0)	23.18***
	비수급	2040(99.9)	5513(98.7)	7553(99.0)	
가구의 주된 수입원	가구주의 소득	465(22.8)	2447(43.8)	2912(38.2)	1.5e+03***
	가구주 외 가구원의 소득	2(0.1)	1129(20.2)	1131(14.8)	
	연금이나 퇴직금	233(11.4)	637(11.4)	870(11.4)	
	재산소득(부동산)	50(2.5)	205(3.7)	255(3.3)	
	저축이나 증권수익	35(1.7)	78(1.4)	113(1.5)	
	국민기초생활보장 급여	775(38.0)	498(8.9)	1273(16.7)	
	별거가족/친척 등 지원	283(13.9)	281(5.0)	564(7.4)	
	기타	199(9.8)	313(5.6)	512(6.7)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

월 평균 가구소득을 가구 유형별로 비교한 결과 사적이전소득과 기타 소득을 제외한 모든 영역에서 다인가구에 비해 1인 가구의 소득이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 특히 근로소득의 경우 다인가구의 월 평균 가구 근로소득은 194.6만 원인 것에 비해 1인 가구의 경우 36.54만 원에 그치는 것으로 확인된다.

월 평균 개인소득을 가구 유형별로 살펴보면 공적이전소득, 사적이전소득, 기타소득을 제외한 모든 영역에서 다인가구에 비해 1인 가구의 소득이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 개인의 월 평균 근로소득에서 1인 가구 36.54만 원, 다인가구 57.67만 원으로 가장 큰 차이로 나타났다.

<표 3-19> 월 평균 가구소득: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 만 원, Mean(SD))

구분	1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
가구 월 근로소득	36.54(91.69)	194.60(251.77)	152.30(231.45)	40.20***
가구 월 사업소득	10.22(67.02)	56.31(169.5)	43.97(150.53)	17.01***
가구 월 재산소득	4.92(29.53)	17.18(78.12)	13.90(68.79)	9.95***
가구 월 공적이전소득	7.97(5.89)	10.25(10.58)	9.64(9.61)	11.86***
가구 월 사적 이전소득	16.35(30.78)	13.00(29.51)	13.89(29.89)	-4.25
가구 월 기타소득	1.76(73.86)	0.37(9.73)	0.74(39.1)	-0.85
가구 월 총 소득	133.53(122.45)	363.44(271.11)	301.91(261.15)	50.79***

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001, 괄호 안은 표준편차를 나타냄.

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

<표 3-20> 월 평균 개인소득: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 만 원, Mean(SD))

구분	1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
개인 월 근로소득	36.54(91.69)	57.67(136.5)	52.02(126.42)	7.74***
개인 월 사업소득	10.22(67.02)	23.29(112)	19.79(102.09)	6.20***
개인 월 재산소득	4.92(29.53)	9.66(57.47)	8.39(51.54)	4.70***
개인 월 공적이전소득	7.97(5.89)	6.25(8.15)	6.71(7.65)	-10.10

구분	1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
개인 월 사적 이전소득	16.35(30.78)	6.86(18.29)	9.4(22.72)	-13.11
개인 월 기타소득	1.76(73.86)	0.31(9.51)	0.69(39.06)	-0.89
개인 월 총 소득	133.53(122.45)	147.8(177.92)	143.98(165.03)	3.96***

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001. 괄호 안은 표준편차를 나타냄.
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

〈표 3-21〉 월 평균 균등화소득: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 만 원, Mean(SD))

구분	1인 가구	다인가구	전체	chi ² /T_value
가구 균등화소득	133.53(122.45)	363.44(271.11)	301.91(261.15)	50.79***

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001 괄호 안은 표준편차를 나타냄.
OECD 제공근지수: 가구소득을 가구원 수의 제공근으로 나누어 계산함.
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

13. 건강행동

규칙적인 식사를 하는지 살펴본 결과 다인가구의 72.2%가 규칙적인 식사를 한다고 응답하였으나 1인 가구의 경우 56.4%만이 규칙적인 식사를 한다고 응답하였다. 영양을 고려하여 식품을 섭취하는지 또한 다인가구의 48.8%는 영양을 고려하여 식품섭취를 하지만 1인 가구의 경우에는 오직 27.6%만이 그렇다고 응답하여 전반적인 식생활이 다인가구에 비해 1인 가구가 더 열악한 수준으로 나타났다. 최근 1년간 음주빈도를 확인한 결과 1인 가구의 경우 최근 1년간 전혀 마시지 않았다는 응답이 74.1%, 다인가구의 경우 72.0%로 1인 가구의 1년간 절주 비율이 더 높았으나 일주일에 2~3번 정도, 일주일에 4번 이상 음주 비율 등 음주 빈도가 높은 비율 또한 1인 가구 10.3%, 다인가구 9.0%로 1인 가구가 더 높은 것으로 나타났다.

흡연 여부 또한 1인 가구의 경우 매일 피운다는 응답이 16.7%, 다인가

구 11.7%로 매일 흡연하는 비율이 1인 가구가 더 높았으며, 전혀 피우지 않는다는 응답도 1인 가구 59.3%, 다인가구 56.5%로 1인 가구의 비율이 비교적 더 높은 것으로 나타났다. 최근 1년간 건강관리를 위해 운동을 했는지에 대해서는 1인 가구 65.1%, 다인가구 66.0%로 집단 간 유의한 차이는 확인되지 않았으나 모든 가구에서 과반 이상이 건강관리를 위해 운동을 함을 알 수 있다. 건강관리를 위해 운동한다고 응답한 이들을 대상으로 지난 1년간 운동 주기를 물어본 결과 주 3회 이상 또는 거의 매일 운동하는 비율은 1인 가구 83.3%, 다인가구 78.9%로 다인가구에 비해 장애인 1인 가구의 운동빈도가 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-22〉 건강행동 특성: 1인 가구 vs. 다인가구

(단위: 명, %)

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
일정 시간 식사 여부	일정한 시간에 먹는다	1151(56.4)	4034(72.2)	5185(68.0)	190.18***
	가끔 불규칙하다	692(33.9)	1306(23.4)	1998(26.2)	
	일정한 시간에 먹지 않는다	199(9.8)	248(4.4)	447(5.9)	
영양 고려 식품 섭취 여부	예	563(27.6)	2726(48.8)	3289(43.1)	331.37***
	보통/가끔	1110(54.4)	2402(43.0)	3512(46.0)	
	아니오	369(18.1)	460(8.2)	829(10.9)	
하루 평균 칫솔질 횟수	3번 이상	551(27.0)	1786(32.0)	2337(30.6)	24.93***
	2번	1150(56.3)	2979(53.3)	4129(54.1)	
	1번	323(15.8)	743(13.3)	1066(14.0)	
	안 함	18(0.9)	80(1.4)	98(1.3)	
최근 1년 음주 빈도	최근 1년간 전혀 마시지 않았다	1512(74.1)	4023(72.0)	5535(72.5)	16.67**
	한달에 1번 미만	105(5.1)	326(5.8)	431(5.7)	
	한달에 1번 정도	67(3.3)	259(4.6)	326(4.3)	

구분		1인 가구	다인가구	전체	chi ² / T_value
	한달에 2~4번	148(7.3)	478(8.6)	626(8.2)	
	일주일에 2~3번 정도	125(6.1)	328(5.9)	453(5.9)	
	일주일에 4번 이상	85(4.2)	174(3.1)	259(3.4)	
현재 흡연(전자담 배 포함) 여부	매일 피움	341(16.7)	651(11.7)	992(13.0)	64.66***
	가끔 피움	32(1.6)	82(1.5)	114(1.5)	
	과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	459(22.5)	1699(30.4)	2158(28.3)	
	담배를 피운 적이 없으며 현재에도 피우지 않음	1210(59.3)	3156(56.5)	4366(57.2)	
최근 1년간 건강관리를 위한 운동 여부	예	1330(65.1)	3689(66.0)	5019(65.8)	0.52
	아니오	712(34.9)	1899(34.0)	2611(34.2)	
지난 1년간 운동 주기	거의 매일	722(54.3)	1877(50.9)	2599(51.8)	11.99*
	주 3회 이상	385(29.0)	1033(28.0)	1418(28.3)	
	주 2회	145(10.9)	515(14.0)	660(13.2)	
	주 1회	56(4.2)	187(5.1)	243(4.8)	
	월 1~2회	19(1.4)	64(1.7)	83(1.7)	
	월 1회 미만 또는 1년 10회 이내	3(0.2)	13(0.4)	16(0.3)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

제2절 1인 가구의 생애주기별 특성 비교

1. 생애주기별 특성 비교

가. 분석 개요

본 절에서는 장애 가구 중 가구 유형이 1인 가구⁴⁾라고 응답한 경우를 1인 가구라고 정의하고 1인 가구 중 만 18세 이상 40세 미만은 청년층, 만 40세 이상 65세 미만은 중장년층, 만 65세 이상은 노년층으로 정의하여 1인 가구의 생애주기별 어려움을 분석하였다. 생애주기별 어려움 분석 이전에는 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성에 대한 분석을 먼저 수행하였으며(부록 1 참조), 이 결과를 가지고 장애인 1인 가구의 생애주기별 주요 어려움을 잠재계층분석으로 분석하여 어려움을 계층화하여 주요 어려움의 구성요소들을 유형화 하였다(제3절 참조). 주요 구성요소는 <표 3-23>과 같다.

<표 3-23> 어려움 유형 구성요소(분석변수)

변수명		조작적 정의
소득	수급 여부	국민기초생활보장 수급을 받지 않음=0, 국민기초생활보장 수급=1
경제 활동	경제활동 여부	경제활동 하고 있음=0, 경제활동 하지 않음=1
신체적 건강	일상생활 지원 필요 정도	모든 일상생활을 혼자 할 수 있거나 대부분의 일상생활을 다른 사람의 지원 없이 가능함, 일부 다른 사람의 지원이 필요한 경우=0, 대부분 또는 거의 모든 일에 다른 사람의 지원이 필요한 경우=1
	주관적 건강상태	평소 자신의 건강에 대해 '매우 좋음' ' 좋음', '보통'이라고 응답한 경우=0, '나쁨', '매우 나쁨'으로 응답한 경우=1

4) 가구 유형 외에 가구원 수도 교차로 확인해 본 결과, 가구 유형에서 1인 가구라고 응답한 경우 모두 가구원 수를 1명이라고 응답하였음

변수명		조작적 정의
정서	우울	최근 1년 동안 연속 2주 이상 일상생활 지장 줄 정도의 슬픔이나 절망감을 느낀 적 유무, 우울하지 않음=0, 우울=1
고립	외출 빈도	지난 1개월 동안 거의 매일 외출=0, 지난 1개월 동안 주 1~3회 미만 외출=1
	사회적 고립	1) 몸이 아파서 집안일을 부탁해야 할 경우, 2) 갑자기 큰돈을 빌려야 할 경우, 3) 낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요한 경우 등 세 가지 상황에서 도움을 받을 수 있는 사람이 전혀 없는 경우=1, 세 가지 상황에서 도움을 받을 수 있는 사람이 한 명이라도 있는 경우=0
식생활	비규칙적 식생활	일정한 시간에 식사를 하는지 여부에 대해 '가끔 불규칙하다', '일정한 시간에 먹는다'에 응답한 경우=0, 일정한 시간에 먹지 않음=1
	불균형한 식사	지난 일주일 동안 영양을 고려하여 식품을 골고루 섭취하는 편이었는지에 대해 '예', '보통/가끔'이라고 응답한 경우=0, '아니오'라고 응답한 경우=1
주거	자가 여부	주택 소유가 자기일 경우=0, 그 외의 경우=1
	아파트 미거주	아파트에 거주할 경우=0, 단독주택, 연립주택, 다세대주택, 비거주용 건물 내 주택, 비닐하우스, 움막, 판자집, 임시막사, 고시원, 기타에 거주할 경우=1
	살고 있는 집 구조의 생활 편리 정도	매우 편리하다+약간 편리하다=0, 약간 불편하다+매우 불편하다=1

출처: 연구진이 작성

2. 생애주기별 사회인구학적 특성 비교

장애인 1인 가구를 생애주기별로 살펴보면, 전체 2,042명 중 청년층은 전체의 4.8%(n=98)로 매우 적고, 중장년층은 36.6%(n=747), 노년층은 58.6%(n=1,197)로 과반 이상을 차지하고 있다. 청년층 1인 가구가 전체 장애인 1인 가구에서 차지하는 비율이 매우 적은 것이 특징이다.

성별 분포를 살펴보면 청년층과 중장년층의 경우에는 남성이 각각 67.4%, 70.4%로 남성 1인 가구 비율이 더 높았으나 노년층의 경우에는 남성 37.0%, 여성 63.0%로 여성 1인 가구 비율이 더 높은 것으로 확인된다. 생애주기별로 최종 학력 수준에는 차이가 있으며, 특히 노년층의 무

학 비율이 32.5%로 매우 높게 나타났다.

장애인 1인 가구의 생애주기별 혼인상태는 청년층의 경우에는 96.9%가 미혼상태인 것으로 확인되었으나 중장년층의 경우 미혼(44.4%) 다음으로 이혼(41.4%) 상태인 경우가 많았으며, 노년층의 경우에는 사별이 66.4%로 가장 많은 것으로 나타났다. 이처럼 장애인 1인 가구의 생애주기에 따라 혼인상태에 유의미한 차이가 있었다. 거주지역에 있어서는 상당수가 대도시에 거주하며, 읍면에 거주하는 1인 가구 장애인 중에서는 노년층이 293명(24.5%)으로 가장 많음을 알 수 있다.

생애주기별 장애특성을 살펴보면, 장애 유형의 경우 모든 생애주기에서 외부신체기능장애 비율이 가장 높았으며, 특히 노년층의 83.9%가 외부신체기능 장애인임을 알 수 있다. 생애주기별 평균 장애기간을 봤을 때, 청년층은 10.04년, 중장년층은 12.21년 그리고 노년층은 11.88년으로 나타났다. 중장년층 1인 가구의 장애기간이 가장 길게 나타났다. 장애 정도를 비교해보면 장애 정도가 심하다는 응답이 청년층 67.4%, 중장년층 53.2%, 노년층 34.4%로 청년층과 중장년층 장애인 1인 가구의 과반 이상이 장애 정도가 심하다고 응답한 것에 비해 노년층 장애인 1인 가구의 심한 장애 비율이 다른 연령대에 비해 더 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-24〉 사회·인구학적 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %, 년, Mean(SD))

구분		청년층 (n=98)	중장년층 (n=747)	노년층 (n=1,197)	chi ² / T_value
성별	남성	66(67.4)	526(70.4)	443(37.0)	216.79***
	여성	32(32.7)	221(29.6)	754(63.0)	
최종 학력	무학	0(0.0)	39(5.2)	389(32.5)	607.48***
	초등학교	0(0.0)	118(15.8)	383(32.0)	
	중학교	4(4.1)	120(16.1)	184(15.4)	

구분		청년층 (n=98)	중장년층 (n=747)	노년층 (n=1,197)	chi ² / T_value
	고등학교	51(52.0)	332(44.4)	179(15.0)	
	전공과	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)	
	대학 이상	42(42.9)	138(18.5)	62(5.2)	
혼인상태	유배우	1(1.0)	11(1.5)	14(1.2)	946.92***
	사별	0(0.0)	72(9.6)	795(66.4)	
	이혼	2(2.0)	309(41.4)	277(23.1)	
	별거	0(0.0)	23(3.1)	26(2.2)	
	미혼	95(96.9)	332(44.4)	84(7.0)	
	기타(미혼모/미혼부 등)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	
거주 지역	대도시	46(46.9)	377(50.5)	552(46.1)	10.12*
	중소도시	36(36.7)	224(30.0)	352(29.4)	
	읍면	16(16.3)	146(19.5)	293(24.5)	
주 장애 유형	외부신체기능장애	44(44.9)	451(60.4)	1004(83.9)	288.80***
	내부기관장애	14(14.3)	169(22.6)	155(13.0)	
	발달장애	24(24.5)	45(6.0)	11(0.9)	
	정신장애	16(16.3)	82(11.0)	27(2.3)	
장애기간		10.04(7.86)	12.21(9.13)	11.88(8.64)	2.66
장애 정도	심한 장애	66(67.4)	397(53.2)	412(34.4)	91.09***
	심하지 않은 장애	32(32.7)	350(46.9)	785(65.6)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

이 외에도 생애주기별 1인 가구의 특성은 지면의 한계상 [부록 1]에 제시하였으며, 이 장의 소결 부분에 정리하였다.

제3절 생애주기별 어려움 특성 유형화

이 절에서는 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성을 유형화하는 것에 주안점을 두었다. 이는 유형별 특성을 기준으로 하는 정책 대안 도출을 위한 접근이다. 다만, 청년층 1인 가구는 중장년층 및 노년층과는 상이한 특성을 지니고 있으며, 사례 수가 100명 미만으로 잠재계층분석을 수행하기에 통계적으로 제한적이라고 판단하였다. 선행연구에 따르면, 잠재계층분석에서 표본크기가 100명 미만인 경우 모형 수렴(convergence) 문제와 계층 분류 정확도(class assignment accuracy) 저하가 발생할 수 있으며(Wurpts & Geiser, 2014), 신뢰할 수 있는 모형 추정을 위해서는 최소 200명 이상, 일반적으로는 500명 이상의 표본이 권장된다. 이에 따라 본 연구에서는 잠재계층분석을 중장년층과 노년층만을 대상으로 실시하였다.

1. 잠재계층 모형 분석

본 연구에서는 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성을 유형화하기 위해 잠재계층분석(Latent Class Analysis, LCA)을 활용하였다. 잠재계층분석은 모집단 내에 직접 관찰되지 않는(잠재적) 이질적 하위집단을 식별하는 통계적 방법으로(Nylund-Gibson & Masyn, 2018), 범주형 관측변수에 대한 응답 패턴을 토대로 질적으로 구별되는 하위집단(‘계층’ 또는 ‘클래스’)을 도출한다(Collins & Lanza, 2010). 이 방법의 핵심 가정은 국소독립성(local independence)으로, 잠재계층 소속을 조건으로 할 때 관측변수들 간에는 통계적 독립성이 성립한다는 것이다(Sinha, Calfee, & Delucchi, 2021, 재인용). 즉, 관측변수들 간의 연관성은 잠

재계층 소속에 의해 설명되며, 동일 계층 내에서는 변수들 간 상관성이 존재하지 않는다고 가정한다.

LCA의 주요 특징은 다음과 같다. 첫째, 집단의 개수나 크기가 사전에 알려지지 않은 상태에서도 데이터 기반으로 최적의 계층 수를 결정할 수 있다. 둘째, 확률 기반 접근법을 사용하여 각 개인이 특정 계층에 소속될 사후확률(posterior probability)을 산출함으로써, 분류의 불확실성을 정량적으로 파악할 수 있다(Lanza, Tan, & Bray, 2013). 셋째, 다차원적 특성을 동시에 고려하여 복잡한 응답 패턴을 소수의 해석 가능한 하위 집단으로 축약할 수 있다는 장점이 있다(Sinha et al., 2021).

모형 적합도는 AIC(Akaike Information Criterion), BIC(Bayesian Information Criterion) 등의 정보지수를 통해 평가하며, 최종적으로 선택된 계층 모형의 해석은 각 계층별 조건부 응답확률(item-response probability)을 기반으로 한다. 이를 통해 생애주기에 따른 장애인 1인 가구 내에 존재하는 질적으로 상이한 하위유형을 식별하고, 각 유형별 특성과 정책적 함의를 도출하고자 하였다.

가. 중장년층 1인 가구 특성 유형화

중장년층 1인 가구의 특성을 유형화하기 위해 잠재계층의 수를 2개부터 4개까지 비교·검토하였다(N=743). 최적 계층 수를 결정하기 위해 정보지수(AIC, BIC, SSABIC), 우도비 검정(BLRT), 엔트로피(Entropy) 지수, 그리고 각 계층의 분류율을 종합적으로 고려하였다.

정보지수는 값은 작을수록 모형 적합도가 우수함을 의미한다. 분석 결과, AIC는 2-계층 모형(8626.52), 3-계층 모형(8537.29), 4-계층 모형(8485.28) 순으로 감소하여 4-계층 모형에서 가장 낮았다. BIC 역시 2-

계층(8741.72), 3-계층(8712.39), 4-계층(8720.29) 순으로 3-계층 모형에서 가장 낮은 값을 보였다. 표본크기 조정 BIC(SSABIC)는 2-계층(8662.34), 3-계층(8591.73), 4-계층(8558.35)으로 4-계층 모형에서 가장 낮게 나타났다. 일반적으로 BIC는 모형의 간명성(parsimony)을 더 강하게 반영하는 경향이 있어, BIC가 가장 낮은 3-계층 모형이 적합도 측면에서 우수한 것으로 판단된다.

우도비 검정(Bootstrap Likelihood Ratio Test, BLRT)는 $k-1$ 개 계층 모형과 k 개 계층 모형을 비교하는 검정으로, 통계적으로 유의하면($p < .05$) k 개 계층 모형이 더 적합함을 의미한다. 분석 결과, 2-계층 모형의 BLRT 값은 632.425($p < .001$)로 1-계층보다 2-계층이 유의하게 적합하였고, 3-계층 모형의 BLRT 값은 115.232($p < .001$)로 2-계층보다 3-계층이 유의하게 적합하였다. 4-계층 모형의 BLRT 값은 78.008($p < .001$)로 3-계층보다 4-계층이 통계적으로 유의하게 적합한 것으로 나타났다.

엔트로피(Entropy)는 분류의 정확성을 나타내는 지표로, 0에서 1 사이의 값을 가지며 0.8 이상이면 분류가 명확하다고 해석된다. 분석 결과, 2-계층 모형(0.836), 3-계층 모형(0.816), 4-계층 모형(0.822) 모두 0.8 이상의 높은 엔트로피 값을 보여 분류의 질이 양호한 것으로 확인되었다. 다만 2-계층 모형의 엔트로피가 가장 높았다.

각 계층에 분류되는 사례의 비율을 살펴보면, 2-계층 모형은 계층 1(61.9%), 계층 2(38.1%)로 비교적 균형적으로 분류되었다. 3-계층 모형은 계층 1(11.0%), 계층 2(36.9%), 계층 3(52.1%)으로 분포하였으며, 4-계층 모형은 계층 1(44.6%), 계층 2(8.4%), 계층 3(36.9%), 계층 4(10.1%)로 분류되었다. 4-계층 모형의 경우 계층 2(8.4%)와 계층 4(10.1%)의 분류 비율이 10% 내외로 매우 낮아, 해석 가능성과 실용성 측면에서 제한적일 수 있다. 일반적으로 각 계층의 최소 비율이 5% 이상

이어야 하며, 너무 작은 계층은 모형의 안정성을 저해할 수 있다. 이러한 모든 요소들을 종합적으로 고려했을 때, 2-계층 모형이 최적 모형으로 판단된다.

〈표 3-25〉 모형 적합도 검증(중장년층)

(N= 743)

잠재 계층 수	AIC	BIC	SSABIC	BLRT	Entropy	잠재집단 분류율(%)			
						1	2	3	4
2	8626.52	8741.72	8662.34	632.425 ***	0.836	61.9	38.1		
3	8537.29	8712.39	8591.73	115.232 ***	0.816	11.0	36.9	52.1	
4	8485.28	8720.29	8558.35	78.008 ***	0.822	44.6	8.4	36.9	10.1

주: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

중장년층 장애인 1인 가구의 어려움 특성은 〈표 3-26〉과 같다. 중장년층 장애인 1인 가구의 잠재계층분석 결과, 2개의 계층이 도출되었다. 계층 1은 전체의 61.9%, 계층 2는 38.1%를 차지한다. 계층 1 집단은 '경제·건강 복합 취약형(61.9%)'으로 명명할 수 있다. 이 집단의 수급자 비율은 91.8%, 경제활동 미참여율은 93.8%로 경제적으로 매우 취약한 집단이다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 비율이 61.2%로 높으며, 우울 26.5%, 사회적 고립 30.9%, 불균형한 식사 25.3%로 건강 및 심리·사회적 측면에서도 어려움을 겪고 있다. 자가 소유율은 94.1%로 높으나 주택 구조·생활 편리성 불만족률이 30.0%로 주거 환경에 대한 만족도가 낮다. 아파트 미거주율은 58.3%이며, 거의 외출하지 않는 비율은 12.8%, 일상생활 도움이 필요한 비율은 12.2%, 비규칙적 식생활 비율은 16.3%로 나타났다.

계층 2는 '주거환경불안정 자립지향형(38.1%)'으로 명명할 수 있다.

이 집단의 수급자 비율은 6.3%로 낮고, 경제활동 미참여율이 16.1%로 경제활동 참여율이 83.9%에 달해 경제적으로 상대적으로 자립적인 집단이다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 비율이 26.3%로 계층 1(61.2%)보다 현저히 낮으며, 우울 11.4%, 사회적 고립 18.1%, 불균형한 식사 11.6%로 심리·사회적으로도 비교적 안정적이다. 자가 소유율은 69.9%이며, 주택 구조·생활 편리성 불만족률은 17.8%로 계층 1(30.0%)보다 낮으나 여전히 일부 주거 불만족이 존재한다. 아파트 미거주율은 67.1%이며, 거의 외출하지 않는 비율은 0.8%, 일상생활 도움이 필요한 비율은 2.5%, 비규칙적 식생활 비율은 6.1%로 모두 낮게 나타났다. 결과적으로 계층 1 집단이 경제적·건강적·심리사회적 측면에서 복합적 취약성을 보이며 주거 만족도도 낮은 반면, 계층 2는 상대적으로 안정적이거나 주거 영역에서 일부 불안정한 경험을 하는 것으로 구분된다.

〈표 3-26〉 잠재계층 조건부 응답률(중장년층)

지표	class1 (61.9%)	class2 (38.1%)
	경제·건강 복합 취약형	주거환경불안정 자립지향형
수급 여부	91.8	6.3
경제활동 여부	93.8	16.1
일상생활 도움 필요	12.2	2.5
주관적 건강	61.2	26.3
우울	26.5	11.4
외출 빈도	12.8	0.8
사회적 고립	30.9	18.1
비규칙적 식생활	16.3	6.1
불균형한 식사	25.3	11.6
자가 여부	94.1	69.9
아파트 미거주	58.3	67.1
주택 구조 생활 편리성	30.0	17.8

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

나. 노년층 1인 가구 특성 유형화

노년층 장애인 1인 가구의 특성 유형화에 가장 적합한 모형은 정보지수, BLRT 검정, 엔트로피 및 분류율을 종합하여 4-계층 모형임을 확인하였다. 따라서 본 연구에서는 4-계층 모형을 토대로 유형별 특성을 상세 분석하였다.

〈표 3-27〉 모형 적합도 검증(노년층)

(N= 1,196)

잠재 계층 수	AIC	BIC	SSABIC	BLRT	Entropy	잠재집단 분류율(%)			
						1	2	3	4
2	13076.07	13193.02	13119.96	410.626 ***	0.666	46.5	53.5		
3	12865.40	13043.38	12932.20	234.666 ***	0.698	19.7	30.4	49.9	
4	12767.60	13006.60	12875.31	121.795 ***	0.799	25.9	7.1	14.2	52.7

주: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

노년층의 경우에는 총 4개의 집단으로 어려움 특성이 구분되었다. 계층 1은 ‘경제지원·건강염려 자가보유형’ 집단으로 명명할 수 있다(25.9%). 이 집단의 100.0%가 전원 수급자이며, 자가 소유율도 100.0%로 모두 자신의 집에 거주하지만 아파트는 아닌 경우가 51.9%로 약간 높다. 그러나 주관적 건강 상태는 56.6%가 나쁘다. 그러나 우울 13.7%, 외출 부족 7.9%, 일상생활 도움 필요 비율이 5.0%로 매우 낮으며, 사회적 고립 29.8%로 나타났다. 계층 2는 ‘경제·건강·식생활 복합 불안정형’으로 명명할 수 있다(7.1%). 수급 여부 59.1%로 일부만 수급자이며, 자가 소유율 70.2%이다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우가 89.3%로 높고, 우울 41.2%, 외출 부족 24.2%로 건강 관리 필요성이 높다. 비규칙적 식사 62.0%, 불균형한 식사 92.3%로 식생활에 어려움이 있고, 주택 구조 불만

족 46.9%로 주거 환경에도 어려움이 있다.

계층 3은 '건강·기능 중복 취약형'(14.2%)으로 명명할 수 있다. 수급 여부 41.4%로 낮은 편이며, 자가 소유율 64.6%이다. 그러나 일상생활 도움 필요 비율이 51.8%로 높아 기능 제한이 심하다. 이에 주관적 건강상태도 97.3%로 나쁘다. 우울 27.4%, 외출 부족 72.4%로 신체·심리 기능이 크게 저하되어 있다. 아파트 거주율 67.7%이며, 주택 구조 불만족 26.6%이다. 계층 4는 '경제자립 건강양호형(52.7%)'으로 가장 많은 비율이 이 계층에 해당한다. 자가 소유율 43.4%로 다른 계층보다 낮지만, 수급 여부는 6.6%로 대부분 비수급자이면서 주관적 건강상태가 나쁘다는 응답은 48.6%로 상대적으로 낮게 나타났다. 일상생활 도움 필요 1.6%로 매우 낮으며, 사회적 고립 12.3%, 비규칙적 식사 2.7%, 불규칙한 식사 7.7%로 전반적으로 안정적인 생활을 유지하고 있다.

<표 3-28> 잠재계층 조건부 응답률(노년층)

지표	class1 (25.9%)	class2 (7.1%)	class3 (14.2%)	class4 (52.7%)
	경제지원·건강염려 자가보유형	경제·건강·식생활 복합 불안정형	건강·기능 중복 취약형	경제자립 건강양호형
수급 여부	100.0	59.1	41.4	6.6
일상생활 도움 필요	5.0	6.8	51.8	1.6
주관적 건강	56.6	89.3	97.3	48.6
우울	13.7	41.2	27.4	8.9
외출 빈도	7.9	24.2	72.4	6.1
사회적 고립	29.8	41.0	12.0	12.3
비규칙적 식생활	8.9	62.0	0.0	2.7
불균형한 식사	16.5	92.3	17.5	7.7
자가 여부	100.0	70.2	64.6	43.4
아파트 미거주	51.9	71.3	67.7	65.6
주택 구조 생활 편리성	20.6	46.9	26.6	18.6

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

2. 생애주기별 삶의 만족 영향요인 회귀분석 결과

가. 분석변수 조작적 정의

잠재계층분석을 통해 구분된 어려움 특성을 독립변수로 투입하여 회귀 분석을 실시하였다. 이는 장애인 1인 가구가 경험하는 어려움이 이들의 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지를 확인하기 위하여 시행되었다.

〈표 3-29〉 영향요인 분석 변수

변수명		조작적 정의
소득	수급 여부	- 국민기초생활보장 수급을 받지 않음=0 - 국민기초생활보장 수급=1
경제 활동	경제활동 여부	- 경제활동 하고 있음=0, 경제활동 하지 않음=1
신체적 건강	일상생활 지원 필요 정도	- 모든 일상생활을 혼자, 대부분, 일부 타인의 지원 필요=0 - 대부분 또는 거의 모든 일에 타인의 지원이 필요=1
	주관적 건강상태	- 평소 자신의 건강 '매우 좋음' '좋음', '보통' 응답=0 - '나쁨', '매우 나쁨'=1
정서	우울	- 일상생활 지장 줄 정도의 슬픔이나 절망감, 우울하지 않음=0 - 우울=1
고립	외출 빈도	- 지난 1개월 동안 거의 매일 외출=0 - 지난 1개월 동안 주 1~3회 미만 외출=1
	사회적 고립	- 1) 몸이 아파서 집안일을 부탁, 2) 갑자기 큰돈을 빌려야 할 경우, 3) 낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요한 경우 등 세 가지 상황에서 도움을 받을 수 있는 사람이 전혀 없는 경우=1 - 세 가지 상황에서 도움을 받을 수 있는 사람이 한 명이라도 있는 경우=0
식생활	비규칙적 식생활	- 일정 시간 식사: '가끔 불규칙', '일정 시간에 먹는다'=0 - 일정한 시간에 먹지 않음=1
	불균형한 식사	- 영양을 고려하여 식품을 골고루 섭취 '예', '보통/가끔'=0 - '아니오'=1

132 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

변수명		조작적 정의
주거	자가 여부	- 주택 소유 자가=0 - 그 외의 경우=1
	아파트 미거주	- 아파트에 거주=0 - 그 외=1
	살고 있는 집 - 생활 편리 정도	- 매우 편리하다+약간 편리하다=0 - 약간 불편하다+매우 불편하다=1

출처: 연구진이 작성

우선, 중장년층 장애인 1인 가구의 삶의 만족에 대한 회귀분석을 시행한 결과, 성별, 거주지역, 장애 유형, 사회적 차별 인식, 어려움 유형이 중장년층 장애인 1인 가구의 삶의 만족에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

남성에 비해 여성이, 대도시 거주 중년보다 읍면지역에 거주하는 중년층이, 내부기관장애에 비해 외부신체기능장애가, 외부신체기능장애에 비해 발달장애 중장년층이, 사회적 차별을 덜 인식할수록 삶의 만족도가 유의하게 높았다. 어려움 유형에 대해서는 ‘주거불안정 자립지향형’ 중장년에 비해, ‘경제·건강 복합 취약형’의 중장년의 삶의 만족이 유의하게 낮았다.

〈표 3-30〉 중장년층 1인 가구 장애인의 삶의 만족에 미치는 영향요인

변수	중장년 1인 가구
여성(남성=0)	0.079* (0.035)
교육수준(중학교 졸업 이하=0)	
고등학교	0.067 (0.037)
대학교 이상	0.019 (0.047)

변수	중장년 1인 가구
거주지역(대도시=0)	
중소도시	0.067 (0.037)
읍면	0.099* (0.042)
장애정도	0.014 (0.037)
장애 유형(외부신체기능장애=0)	
내부기관장애	-0.121** (0.041)
발달장애	0.201** (0.073)
정신장애	0.038 (0.058)
차별 인식	-0.138*** (0.022)
연금/수당 지원	0.037 (0.061)
의료 및 재활 지원 이용	-0.022 (0.037)
돌봄 지원 이용	-0.014 (0.055)
겪는 어려움 (기준: 주거불안정 자립지향형)	
경제·건강 복합 취약형	-0.346*** (0.057)
상수항	2.873*** (0.104)
유효표본	741
adj.R-sq	0.219

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

다음으로 노년층 1인 가구의 삶의 만족에 대한 회귀분석을 시행한 결과, 최종 학력, 장애 유형, 사회적 차별 인식, 연금/수당 지원 경험, 어려움 유형이 노년층 1인 가구의 삶의 만족에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 구체적으로 중학교 졸업 이하 노년층보다 대학교 졸업 이상의 노년층 장애인 1인 가구가, 내부기관장애에 비해 외부신체기능장애가, 사회적 차별을 덜 인식하는 노년층이, 연금/수당 관련 장애인복지사업을 경험한 적이 있는 노년층의 삶의 만족도가 유의하게 높았다. 어려움 유형에 대해서는 ‘경제자립 건강양호형’ 노년층에 비해 ‘건강·기능 중복 취약형’과 ‘경제·건강·식생활 복합 불안정형’ 노년층의 삶의 만족이 유의하게 낮은 것으로 확인되었다. 이는 정책적으로 ‘건강·기능 중복 취약형’과 ‘경제·건강·식생활 복합 불안정형’ 노년층에 우선적 관심을 가져야 함을 시사한다.

〈표 3-31〉 노년층 1인 가구 장애인의 삶의 만족에 미치는 영향요인

변수	노년 1인 가구
여성(남성=0)	0.04 (0.027)
교육수준(중학교 졸업 이하=0)	
고등학교	0.045 (0.036)
대학교 이상	0.150** (0.057)
거주지역(대도시=0)	
중소도시	-0.017 (0.029)
읍면	0.005 (0.031)
장애정도	0.045 (0.029)

변수	노년 1인 가구
장애 유형(외부신체기능장애=0)	
내부기관장애	-0.136*** (0.038)
발달장애	0.081 (0.131)
정신장애	-0.005 (0.086)
차별 인식	-0.149*** (0.018)
연금/수당 지원	0.150*** (0.035)
의료 및 재활 지원 이용	0.017 (0.026)
돌봄 지원 이용	-0.062 (0.091)
겪는 어려움 (기준: 경제자립 건강양호형)	
경제지원·건강염려 자가보유형	0.001 (0.040)
건강·기능 중복 취약형	-0.425*** (0.040)
경제·건강·식생활 복합 불안정형	-0.408*** (0.055)
상수항	2.819(0.109)
유효표본	1,194
adj.R-sq	0.237

주: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$
출처: 「2023년 장애인 실태조사」 데이터 재분석.

제4절 소결

본 연구에서는 장애인 1인 가구와 다인가구를 비교하고, 생애주기에 따른 장애인 1인 가구의 특성을 파악하였다. 연구 결과 장애인 1인 가구는 매우 고령화(65세 이상 많음)되어 있고, 여성 비율이 높고, 교육·경제·주거·정신건강 등 다층적 취약성을 보인다. 또한 취업률이나 근로소득이 낮아 경제적으로 국가 지원 의존도가 높고, 일상생활 지원이 필요할 때 도와줄 인적 자원은 부족하며, 주거 환경 역시 열악하고, 가족관계 및 전반적 삶의 만족도가 낮은 경향을 보인다. 요약하면, 장애인 1인 가구는 다인가구에 비해 고령화, 낮은 경제활동 참여율, 공적급여 의존도가 높고, 사회적 관계망의 부족, 낮은 주거 소유율 등 다층적 취약성을 보이는 것으로 나타났다. 이는 장애인 1인 가구에 대한 경제적 지원, 사회적 돌봄, 주거 안정성 강화 등 통합적 정책 접근이 필요함을 시사한다.

〈표 3-32〉 장애인 1인 가구 vs. 다인가구의 특성 비교

영역	세부영역	1인 가구 vs. 다인가구 비교
인구사회학적 특성	노인 비율	58.6% vs. 49.0%
	여성 비율	여성 비중 높음, 노인+여성 58.6%
	학력	최종 학력 낮음, 무학 비율 21.0%
	장애정도	중증 42.9% vs. 49.2%
신체적·정신적 건강 특성	주관적 건강상태 (매우 나쁨+나쁨)	53.7% vs. 45.9%
	만성질환 보유율	89.1% vs. 83.8%
	미충족 의료	20.5% vs. 15.9%
	우울장애 및 자살생각	1인 가구가 다인가구보다 유병률·경험률이 높음
	전문가 상담비율	집단 간 유의미한 차이 없음
	일상생활 기능상태 (ADL/IADL)	ADL의 기능상태는 1인 가구가 더 높으나 IADL의 기능상태는 다인가구에서 더 낮음(다른 가족원들이 대신해 주는 것으로 추측)

영역	세부영역	1인 가구 vs. 다인가구 비교
경제활동 및 소득	경제활동 참여율	27.8% vs. 35.6%
	임금 근로 특성	주당 근무일수·일평균 근무시간 모두 낮고, 근로장소(기타 영역) 비율 높음
	월평균 및 개인 소득	1인 가구가 다인가구에 비해 유의미하게 적음(특히 근로소득 격차 큼)
	국민기초생활보장 수급 비율	1인 가구가 다인가구보다 더 높음
	계층 인식	하층인식 69.3% vs. 33.6%
사회·생활	외출 특성	혼자 외출 가능한 비율은 높으나 매일 외출은 오히려 적음(주 이유: 산책/운동).
	생활만족도·행복감	1인 가구가 모든 영역에서 낮음
	도움 받을 인적자원(필요시)	70.3% vs. 92.9%
	장애 차별 인식	두 집단 간 별 차이 없음
주거	주거형태	1인 가구는 단독주택, 지상 외 위치, 무상 거주 등 열악한 조건이 많음
	주택 소유 및 구조·편의성	자가율 27.6% vs. 69.7% 주거생활 불편 22.9% vs. 17%
	재난 대처	완전한 대피능력은 높으나 재난 준비(행동요령, 안전용품 등)는 취약
복지서비스	복지서비스 경험률	1인 가구가 지원받는 비율 높음(국가·지자체 등)
	지원정책 평가	1인 가구가 국가정책에 상대적으로 더 긍정적
	복지사업별 이용률	사업별 이용 경험은 차이 있음

출처: 연구진이 작성

더불어 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성 분석 결과, 전체 1인 가구 중 청년층은 4.8%, 중장년층은 36.6%, 고령층은 58.6%로, 고령층 1인 가구가 압도적으로 높은 비율을 차지하는 것을 알 수 있다. 이러한 구성은 고령 장애인 1인 가구의 돌봄 공백 문제에 대한 정책적 고려가 필수적임을 시사한다. 청년층 1인 가구는 경제활동과 사회 진출은 활발하나, 사회적 차별 경험 및 인식이 가장 강하게 나타났으며, 중장년층은 장애로 인한 경제적 의존성과 더불어 집밖 활동의 어려움이 두드러졌다. 고령층 1인 가구는 건강문제, 일상생활 지원 부족, 사회적 고립 등 다중 취약성이

집약적으로 나타났다. 이 결과는 생애주기별로 상이한 복지 욕구와 접근 전략이 요구됨을 보여주며, 무엇보다 고령기 장애인 1인 가구에 대한 통합적 지원 강화가 시급한 정책과제임을 나타낸다고 하겠다(부록 1 참조).

〈표 3-33〉 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성

구분	청년층	중장년층	노년층
특징	<ul style="list-style-type: none"> - (1인 가구) 전체 1인 가구 중 약 4.8% 수준 - (남성) 남성 비중 높음 - (높은 학력) 학력 수준 상대적으로 높음 - (아파트 거주) 주로 아파트·오피스텔 거주 - (경제활동 + 직업훈련) 경제활동 참여율 높고 (67.4%), 직업훈련 경험 비율 높음 - (외출 목적) 주된 외출 목적은 통근·통학, 혼자 외출 어려운 응답이 가장 적음 - (만성질환) 만성질환 비율 50%, 건강상태가 나쁘다고 느끼는 비율이 낮음 - (높은 편견·차별 인지) 사회적 편견과 이중차별(여성) 경험에 대한 인지가 높음 - (주관적 소속 계층) 하층 소속감은 52% - (낮은 결혼·자녀 경험) 결혼·자녀 경험은 중·노년층에 비해 낮음 	<ul style="list-style-type: none"> - (1인 가구) 전체 1인 가구 중 약 36.6% - (남성) 남성 비중 높음 - (학력, 소득, 월세) 학력/소득 수준 청년층보다 낮고, 주거는 월세 비율이 높음 - (경제활동 + 직업훈련) 경제활동 참여율 35.5%로 낮아지며, 장애로 직업훈련 어려움과 국민기초생활보장급여 의존이 높음 - (만성질환, 주관적 건강) 만성질환 비율 83.1%, 주관적 건강 나쁨 인식 증가 - (일상생활지원 필요) 일상생활 지원 필요는 적으나, 인터넷 활용 능력은 노년층보다 높음 - (외출 목적) 외출 목적은 산책과 운동, 집밖 활동 불편이 중장년층에서 가장 높음(40.8%) - (주관적 소속 계층) 하층 소속감이 가장 높음(76%), 경제취약계층이 많음 	<ul style="list-style-type: none"> - (1인 가구) 전체 1인 가구 중 약 58.6% - (여성) 여성 비중이 63%로 많음 - (학력, 단독주택, 자가) 무학 비율 32.5%로 높음, 단독주택/자가 소유 비율 높음 - (경제활동, 고립) 경제활동 참여율은 가장 낮음 (19.7%), 사회·경제적 고립 위험 높음 - (만성질환) 만성질환 96.1%, 건강 상태 '나쁘다' 응답률 최고(60.6%) - (일상생활 지원 필요) 일상생활 지원 필요도 높고, 혼자 외출 어려운 비율 (17.6%) 및 집밖 활동 불편감(52.9%) 높음 - (결혼, 자녀) 자녀·가족 경험 많으며, 평균 자녀수도 가장 많음 - (차별 인식) 차별 인지와 사회적 인지는 낮은 편
요약	<ul style="list-style-type: none"> - 경제활동의지 높음 - 사회적 편견과 차별 인식 강함 	<ul style="list-style-type: none"> - 국민기초생활보장급여가 주요 소득원(공적지원에의 경제적 의존성이 가장 높음) - 집밖 활동 불편이 3개 집단 중 가장 높음 	<ul style="list-style-type: none"> - 집밖 활동 불편, 만성질환, 일상생활 지원 필요가 중첩 - '취약 노령' 집단의 위험성이 드러남 - 사회적·경제적 고립과 건강 취약성이 부각

출처: 연구진이 작성

마지막으로 본 연구는 2단계 분석 절차를 통해 중장년층과 노년층 장애인 1인 가구의 삶의 만족도 영향요인을 체계적으로 규명하였다. 1단계에서는 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을 통해 다차원적 취약성 지표들의 응답 패턴을 기반으로 동질적 하위집단을 식별하였고, 2단계에서는 도출된 잠재계층을 독립변수로 투입하여 삶의 만족도에 대한 회귀 분석을 실시하였다. 이러한 순차적 접근은 개인 중심적 관점(person-centered approach)에서 복합적 취약성 패턴을 고려한 정책적 함의를 도출할 수 있다고 판단하였다.

회귀분석 결과, 중장년층 장애인 1인 가구의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인으로 성별, 거주지역, 장애 유형, 사회적 차별 인식, 어려움 유형이 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다. 구체적으로 남성에 비해 여성이, 대도시 거주자보다 읍면지역 거주자가, 내부신체기능장애에 비해 외부신체기능장애 및 발달장애가, 사회적 차별을 덜 인식할수록 삶의 만족도가 유의하게 높았다. 어려움 유형별로는 ‘주거환경불안정 자립지향형’ 중장년에 비해 ‘경제·건강 복합 취약형’ 중장년의 삶의 만족도가 유의하게 낮았다.

거주지역 효과에서 읍면지역 거주자의 삶의 만족도가 높게 나타난 결과는 정덕진(2024)의 연구와 일치한다. 정덕진(2024)은 충청남도 중고령 장애인을 대상으로 한 연구에서 농촌 지역 장애인의 삶의 만족도가 월 가구소득, 여가생활 만족도, 주관적 건강상태와 정적 관계를 보인다고 보고하였다. 이는 읍면지역의 낮은 생활비용, 안정적인 사회관계망, 지역사회 비공식적 지원체계 등이 긍정적으로 작용한 것으로 보았다. 다만, 도시 지역 장애인이 의료 접근성과 고용 기회 측면에서 유리한 점을 고려할 때, 거주지역 효과는 단순한 도농 격차가 아닌 지역별 자원 배분과 사회적 지지 구조의 차이를 반영한다고 할 수 있어 이러한 발견은 농어촌

지역에서 관심을 가지고 지원체계를 만들어 나간다면 복지체감도 향상은 물론 중장년 1인 가구의 삶의 만족을 이끌 수 있다는 가능성을 시사한다는 측면에서 흥미롭다.

또한 어려움 유형에서 ‘경제·건강 복합 취약형’이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향은 최혜린(2025)의 1인 가구 신중년장애인 연구와 유사한 맥락이다. 최혜린(2025)은 심리·건강, 경제·사회적 요인이 복합적으로 작용할 때 삶의 만족도가 현저히 낮아진다고 보고하였으며, 본 연구에서도 경제적·건강적 어려움이 증첩된 집단의 삶의 만족도가 가장 낮게 나타나 다층적 취약성에 대한 통합적 지원의 중요성을 보여준다.

노년층의 경우 최종 학력, 장애 유형, 사회적 차별 인식, 연금/수당 지원 경험 그리고 잠재계층 유형이 노년층 장애인 1인 가구의 삶의 만족도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 개인 특성 요인으로는 최종 학력이 높을수록 삶의 만족도가 높아지는 것을 알 수 있고, 이는 높은 교육 수준이 정보 접근성, 문제 해결 능력, 사회적 자원 활용 역량을 높여 노년기에 다양한 도전에 대응할 수 있는 기반을 제공하기 때문으로 해석된다.

장애 특성의 차별적 영향으로는 내부장애 대비 외부신체기능장애인의 삶의 만족도가 유의하게 높았다. 이는 장애 유형별 적응 과정과 사회적 인식의 차이, 그리고 장애가 발생하는 시기와 관련이 있을 것으로 추측된다. 외부신체기능장애는 상대적으로 예측 가능성과 관리 가능성이 높아 장기적 적응 과정에서 심리적 안정감을 가질 수 있는 확률이 높으며, 보조 기구나 환경 개선을 통한 기능적 보완이 상대적으로 용이하다는 특성이 있다. 그러나 내부장애의 경우에는 65세 이후 고령기에 발생하는 측면과 더불어 치료 등 의료적 지원을 필요로 한다는 점에서 삶의 만족과 음의 관계를 가지는 것으로 이해할 수 있다. 또한 장애에 대한 사회적 차별

인식이 높을수록 삶의 만족도는 유의하게 낮아지는 것도 기존의 연구들을 뒷받침한다고 할 수 있다.

복지서비스의 긍정적 효과로서는 연금/수당 및 장애인복지사업 경험에 있는 노년층의 삶의 만족도가 유의하게 높았다. 이는 공적 지원의 다차원적 효과라 할 수 있다. 연금이나 수당 등의 지원은 경제적 지원을 넘어 사회적 인정감, 안정감, 미래에 대한 예측 가능성 등 심리사회적 웰빙에 기여함을 의미한다.

잠재계층 유형의 계층적 영향으로 가장 주목할 만한 결과는 잠재계층 분석을 통해 도출된 취약성 유형이 차별적이며 복합적이라는 사실이다. 본 연구 결과는 다음과 같은 정책적 함의를 제공한다. 첫째, 장애인 1인 가구의 삶의 만족도는 경제적·건강적·주거적 영역이 복합적으로 작용하여 결정되므로, 단일 영역에 국한된 지원이 아닌 통합적·포괄적 정책 접근이 필요하다. 특히 중장년층의 ‘경제·건강 복합 취약형’과 노년층의 ‘건강·기능 중복 취약형’, ‘경제·건강·식생활 복합 불안정형’은 복합적 취약성을 경험하므로 우선 정책적으로 우선 고려될 필요가 있다. 둘째, 노년층의 경우 연금/수당 등 공적이전소득이 삶의 만족도 향상에 기여하므로, 노년층의 소득보장제도에 대한 정책적 고려의 측면을 검토해 볼 필요가 있다. 셋째, 거주지역별 특성을 고려한 맞춤형 지원이 필요하며, 특히 읍면지역의 의료 접근성과 사회참여 기회 등 다양한 지원 방식에 대한 고민이 요구된다.



제4장

1인 가구의 삶의 모습: 생애주기별, 복합적 상태별

제1절 1인 가구의 삶: 생애주기별, 복합 상태별

제2절 1인 가구와 킨리스(Kinlessness) 현황

제3절 1인 가구의 삶: 경험

제4절 소결

제 4 장

1인 가구의 삶의 모습: 생애주기별, 복합적 상태별

제1절 1인 가구의 삶: 생애주기별, 복합 상태별

앞서 밝힌 중장년 및 노년기 1인 가구의 특성 중 하나는 복합적인 지원을 필요로 한다는 것이고, 이러한 특성은 현재 본 사업을 앞둔 ‘의료·돌봄 통합지원 사업’과 연결되는 지점이 있다. 2024년 3월 26일 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(이하 돌봄통합지원법)이 제정되었으며, 2026년 3월 27일부터 본 사업이 시행될 예정이다. 이 법은 노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료, 요양 및 각종 돌봄 지원을 지역사회에서 통합적으로 연계하여 제공하는 것을 주요 목적으로 한다. 즉, 분절적이고 파편적으로 운영되고 있는 서비스 간의 중복·분절 문제를 개선하고, 제공자 중심에서 이용자 중심의 체계로 전환함으로써 지역을 기반으로 하는 맞춤형 의료·요양·돌봄 지원을 받을 수 있도록 지속가능한 돌봄 사회를 구현하고자 하는 것으로 이해된다.

이와 관련하여서는 2018년부터 4차례(4년간)⁵⁾의 선도사업을 진행하고, 2023년 시범사업으로 전환되면서 현재의 의료·요양 통합지원에 대한 기본 방향이 마련되었다. 이러한 돌봄통합지원법의 핵심 내용은 다음과 같다. 첫째, 65세 이상 노인과 「장애인복지법」상 중증 장애인 중에서 보

5) 장애인을 대상으로 하는 사업은 2018년 첫 선도사업에서 시도되다가 이후 진행된 바 없어 관련된 모델이나 사업의 형태 등에 대한 정책적 고려가 부족한 실정임(연구진 의견).

건복지부 장관이 의료와 돌봄의 통합지원이 필요하다고 인정한 사람을 통합지원대상자로 선정한다. 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 지역 내 취약계층 중에 통합지원이 필요한 경우를 복지부와 협의하여 추가 선정할 수 있다. 둘째, 긴급한 상황이나 돌봄 공백 발생 시 지자체장이 직권으로 지원 신청을 할 수 있는 규정이 포함되어 위기 상황에 신속히 대응할 수 있도록 하였다. 셋째, 국가와 광역·기초 지자체는 각각의 역할에 근거해 통합돌봄 기반 조성, 서비스 전달체계 구축, 전문인력 운영, 민간과의 협력체계 마련 등 세부 실행 절차를 규정하고 있다.

본 연구는 이러한 정책 흐름과 맥을 같이하고, 장애인 1인 가구가 당면한 복합적인 어려움을 고려하되 현재의 통합돌봄 사업에서 주로 관심을 두고 있는 의료·돌봄 복합적 욕구를 가진 자를 염두해 두어 장애인의 기능상태와 건강상태를 기준으로 하는 복합적 상황을 가진 집단으로 구분하여 이들의 삶의 모습을 분석하고자 하였다. 장애인의 경우 기능제한(장애정도)의 수준이 높을수록 일상생활 수행의 어려움이 증가하여 돌봄지원에 대한 욕구가 높아지며, 주관적 건강상태가 나쁠수록 의료 및 보건 영역의 지원을 필요로 하기 때문에 노인을 대상으로 하는 의료·돌봄 통합지원 사업에서 의료 필요도와 돌봄 필요도를 함께 평가하는 것과 동일한 논리로 생각하였다.

따라서 이 절에서는 장애인 1인 가구를 기능상태와 건강상태의 두 축을 기준으로 유형화하여, 의료·보건-돌봄 복합욕구를 가진 집단을 식별하고 개별 인터뷰를 통하여 이들의 생활 실태, 서비스 이용 패턴, 정책 욕구를 심층적으로 분석하였다. 이를 통해 장애인 1인 가구에 대한 통합적 지원체계 구축의 필요성과 정책적 함의를 도출하고자 하였다.

1. 조사 개요

〈표 4-1〉 조사 개요

구분	내용
조사대상	장애인 1인 가구
조사범위	전국
조사방법	태블릿 PC를 이용한 방문면접조사(TAPI) *필요시 전화조사 진행
표본수	500명
조사기간	2025년 7월 21일~8월 18일(29일간)

출처: 연구진이 작성

이 조사는 장애인 1인 가구의 생활 실태와 정책 욕구를 파악하기 위해 전국 규모로 실시되었다. 조사 대상은 장애인 1인 가구 500명을 목표로 하였으며, 조사기간은 2025년 7월 21일부터 8월 18일까지 29일간 진행되었다. 조사방법은 태블릿 PC를 활용한 방문면접조사(TAPI) 방식을 사용하는 것을 원칙으로 조사를 진행하였으며, 응답자의 상황이나 요청이 있을 경우에 한해 전화조사(총 4건 수행)를 병행하였다.

2. 조사 준비(조사 대상자 선정 및 조사원 교육)

「개인정보보호법」에 따른 개인정보 처리 제한으로 인해 장애인 1인 가구의 전국 명부를 활용한 확률표본 추출 방식에는 법적·실무적 한계가 있었다. 이에 따라 본 조사에서는 비확률표집 중 눈덩이표집(snowball sampling) 방법을 적용하였다. 장애인 관련 협회 및 단체를 통해 조사 참여 의사가 있는 장애인 1인 가구를 모집하였으며, 장애 유형별 다양성을 확보하기 위해 각 장애 유형별 대표 단체들과 체계적으로 접촉하여 표본 구성의 균형성을 도모하고, 참여자를 모집하여 조사를 진행하였다.

〈표 4-2〉 지역별 조사원 수

지역	투입 인원 수(명)
서울	7
부산	2
대구	4
대전	7
광주	5
강원	1
제주	1
합계	27

출처: 연구진이 작성

전국 단위의 장애인 1인 가구 조사를 효율적으로 수행하기 위해 서울, 부산, 대구, 대전, 광주, 강원, 제주 등 7개 지역의 조사원을 활용하여 조사를 수행하였다. 지역별 조사원 수는 서울 7명, 부산 2명, 대구 4명, 대전 7명, 광주 5명, 강원 1명, 제주 1명으로, 총 27명의 조사원이 투입되어 조사대상자의 접근성과 자료의 대표성을 높이고자 하였다.

조사 실시 전 27명의 조사원을 대상으로 현장 조사의 일관성과 신뢰성 확보를 위한 사전 교육이 진행되었다. 교육은 2025년 7월 21일(월) 오후 2시에 서울 인근 회의실에서 집합교육 방식으로 실시되었으며, 전체 조사원들이 동일한 조사 지침을 숙지하고 조사에 임할 수 있도록 실시되었다. 이와 같은 지역별 조사원 배치 및 체계적인 노력을 통해 조사의 품질과 신뢰성을 제고하였다.

〈표 4-3〉 조사원 교육일정

구분	내용
교육 일시	2025년 7월 21일(월) 오후 2시
교육 장소	서울 인근 회의실(화상회의 병행)
교육 인원	27명

출처: 연구진이 작성

3. 조사표 개발

조사표 개발은 1인 가구 관련 연구의 조사 문항 검토 후 연구진 회의를 거쳐 문항을 구성, 개발한 후 장애인단체, 협회, 지역 장애인복지관에 종사하는 전문가를 대상으로 자문 의견을 수렴하는 방식을 병행하였다. 더불어 장애인 당사자를 대상으로 하는 사전조사를 수행하여 문항의 타당도를 검증하여 조사표를 확정하였다. 관련한 내용은 <표 4-4>에 제시하였다.

<표 4-4> 조사표 개발 회의 일정 및 주요 내용

구분	일정	참석자		회의내용
연구진 회의 (2회)	5.21(수)~ 6.4(수)	연구진	원내 4인, 원외 1인	- 조사표 문항 의견수렴
	6.24(화)	연구진	원내 3인, 원외 1인	- 조사표 문항 검토
자문회의 (4회)	7.2(수)	장애인단체 현장 전문가	사무국장	- 당사자 입장에서의 보기 적합성
	7.7(월)		정책국장	- 영역별 문항 적합성 논의
	7.11(금)		대리	- 조사표 전반 개선점
	7.14(월)	장애인복지관 현장 전문가	사무국장 1인, 팀장 2인	- 문항 적합성 검토 - 정책 수요 문항에 반영할 정책
사전조사 (2회)	7.9(수)	1인 가구 당사자(청년) 1인		- 문항 타당도 검증을 위한 사전 인터뷰
	7.10(목)	1인 가구 당사자(중장년) 1인		
조사업체 회의(상시)	7.10(목)~ 7.18(금)	연구진, 조사업체	원내 2인, 조사업체 2인	- TAPI 구축을 위한 문항 별 로직 검토 - 오탈자 등 검토, 최종 조 사표 제작

출처: 연구진이 작성

4. 1인 가구 실태조사 결과

본 분석에서는 1인 장애인을 기능상태(도움 필요 정도)와 건강상태(주관적 건강상태)를 기준으로 유형화하였다. 유형화의 기준으로 사용된 기능상태는 장애정도를 고려하였다. 중증 장애인일수록 일상생활에서 타인의 지원을 더 많이 필요로 하므로, 중증 장애를 가진 경우를 ‘타인의 지원 필요 정도가 높은’ 상태로 정의하였다. 건강상태는 주관적 건강상태 평가를 기준으로 구분하였다. 응답자가 ‘매우 나쁨’ 또는 ‘나쁨’으로 응답한 경우를 ‘건강상태가 양호하지 않은’ 것으로, 그 외의 응답을 ‘건강상태가 양호’한 것으로 분류하였다. 그리고 각 유형별 특성은 통계적으로 유의미한 항목 중심으로 서술하였다. 이는 보다 구체화되고 심층적인 특성을 도출하고자 한 것이며, 동시에 앞장의 장애인 실태조사 2차 분석 결과의 중복을 최소화하기 위한 것이다.

가. 응답자 특성

〈표 4-5〉 응답자 특성(기능상태와 건강상태 교차)

(단위: 명, 세, %)

구분	사례수	기능상태와 건강상태				전체	
		(1) (n= 177)	(2) (n=191)	(3) (n=93)	(4) (n=53)		
장애인으로 등록한 연령(평균)	(514)	35.6	29.5	49.2	45.3	36.8	
전체	(514)	34.4	37.2	18.1	10.3	100.0	
생애주기	청년기	(35)	20.0	68.6	11.4	-	100.0
	중장년기	(239)	41.0	41.4	8.8	8.8	100.0
	노년기	(240)	30.0	28.3	28.3	13.3	100.0
성별	남성	(295)	35.6	41.7	14.9	7.8	100.0
	여성	(217)	33.2	30.9	22.6	13.4	100.0
	기타	(2)	-	50.0	-	50.0	100.0

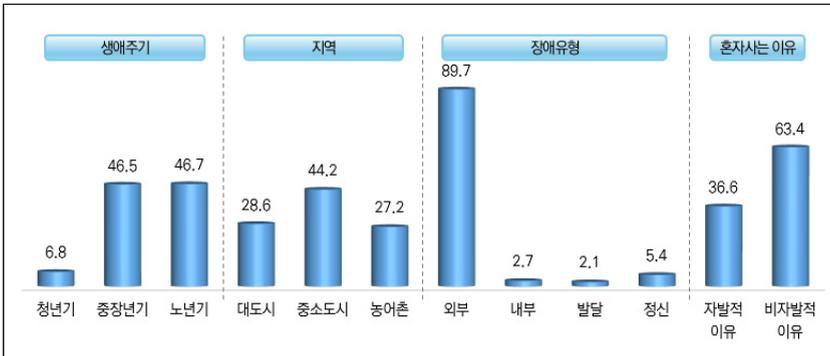
구분	사례수	기능상태와 건강상태				전체	
		(1) (n= 177)	(2) (n=191)	(3) (n=93)	(4) (n=53)		
지역	대도시	(147)	40.1	25.2	24.5	10.2	100.0
	중소도시	(227)	31.3	46.3	14.1	8.4	100.0
	농어촌	(140)	33.6	35.0	17.9	13.6	100.0
혼자사는 이유	자발적 이유	(188)	29.8	48.9	13.3	8.0	100.0
	비자발적 이유	(326)	37.1	30.4	20.9	11.7	100.0
장애 유형	지체장애	(256)	43.0	24.2	24.6	8.2	100.0
	뇌병변장애	(47)	51.1	38.3	8.5	2.1	100.0
	시각장애	(155)	17.4	56.1	12.3	14.2	100.0
	청각장애	(2)	50.0	-	50.0	-	100.0
	언어장애	(1)	-	-	-	100.0	100.0
	지적장애	(11)	18.2	72.7	9.1	-	100.0
	정신장애	(28)	32.1	53.6	3.6	10.7	100.0
	신장장애	(2)	100.0	-	-	-	100.0
	호흡기장애	(1)	-	100.0	-	-	100.0
장루·요루장애	(11)	18.2	-	36.4	45.5	100.0	

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

[그림 4-1] 응답자 특성

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

〈표 4-6〉 응답자 특성

(단위: 명, %)

구분		사례수	%
전체		(514)	100.0
생애주기	청년기	(35)	6.8
	중장년기	(239)	46.5
	노년기	(240)	46.7
지원·건강 상태	(1)	(177)	34.4
	(2)	(191)	37.2
	(3)	(93)	18.1
	(4)	(53)	10.3
지역	대도시	(147)	28.6
	중소도시	(227)	44.2
	농어촌	(140)	27.2
장애 유형	외부	(461)	89.7
	내부	(14)	2.7
	발달	(11)	2.1
	정신	(28)	5.4
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	36.6
	비자발적 이유	(326)	63.4

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함
 출처: 연구진이 작성

전체 응답자 514명 중 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)이 37.2%가 가장 많았고, 다음으로 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)은 34.4%였다. 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)은 18.1%, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태는 양호)은 10.3%로 1인 가구의 일상생활 지원정도는 대체로 높은(중증) 경우가 많았다.

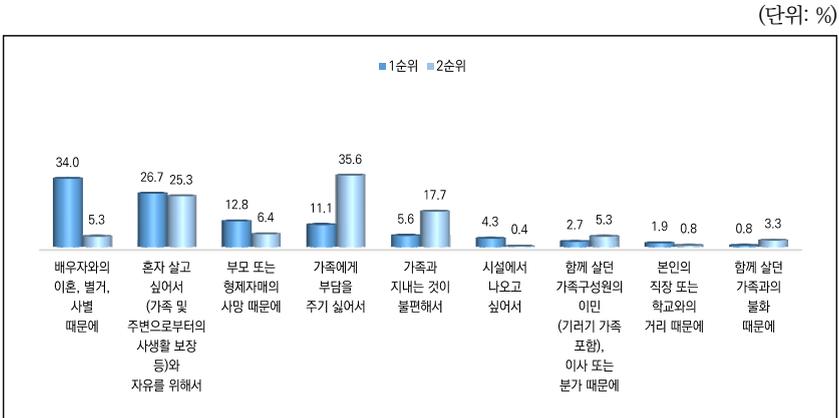
성별 구성을 보면, 남성은 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 비율이 41.7%로 가장 많았고, 여자는 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하

지 않음)이 33.2%로 가장 많았다.

생애주기별 분포를 살펴보면, 청년기 1인 가구 장애인의 경우에는 2그룹에 속하는 비율이 68.6%로 높아 건강상태는 대체적으로 양호하였다. 반면 중장년기 1인 가구의 경우, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)과 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음) 간 분포가 41.4%, 41%로 차이가 거의 없었으며, 노년기의 경우 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 비율이 30%로 가장 많았으나, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호), 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 분포가 크게 분포하는 것을 알 수 있다.

나. 혼자 사는 이유: 자발적 vs. 비자발적

[그림 4-2] 혼자 사는 이유 1순위



출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 혼자 사는 이유를 분석한 결과, 1순위로는 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라는 응답이 34.0%로 가장 높게 나타났다.

2순위 중에서는 ‘가족에게 부담을 주기 싫어서’라는 응답이 35.6%로 가장 높았다.

〈표 4-7〉 1인 가구의 삶_혼자 사는 이유 1순위

(단위: 명, %)

구분	사례수	배우자와의 이혼, 별거, 사별	혼자 살고 싶어서	부모 또는 형제 자매의 사망	가족에게 부담을 주기 싫어서	가족과 지내는 것이 불편해서	시설에서 살고 싶어서	함께 살던 가족 구성원의 이민	본인의 직장 또는 학교	가족 불화	
전체	(514)	34.0	26.7	12.8	11.1	5.6	4.3	2.7	1.9	0.8	
생애주기	청년기	(35)	-	57.1	2.9	2.9	11.4	14.3	5.7	5.7	-
	중장년기	(239)	24.7	27.6	14.6	15.1	5.9	5.4	2.5	3.3	0.8
	노년기	(240)	48.3	21.3	12.5	8.3	4.6	1.7	2.5	-	0.8
지원·건강상태	(1)	(177)	37.3	23.7	11.3	16.4	5.1	2.8	1.7	0.6	1.1
	(2)	(191)	21.5	35.6	17.8	7.3	5.8	6.8	2.1	3.1	-
	(3)	(93)	51.6	20.4	9.7	6.5	2.2	4.3	3.2	-	2.2
	(4)	(53)	37.7	15.1	5.7	15.1	13.2	-	7.5	5.7	-
지역	대도시	(147)	43.5	21.8	14.3	6.1	4.1	1.4	4.8	2.7	1.4
	중소도시	(227)	26.0	31.3	12.3	15.4	6.6	4.0	2.2	1.8	0.4
	농어촌	(140)	37.1	24.3	12.1	9.3	5.7	7.9	1.4	1.4	0.7
장애 유형	외부	(461)	35.1	27.1	12.8	10.4	4.8	4.3	2.4	2.2	0.9
	내부	(14)	57.1	7.1	14.3	21.4	-	-	-	-	-
	발달	(11)	27.3	9.1	18.2	27.3	18.2	-	-	-	-
	정신	(28)	7.1	35.7	10.7	10.7	17.9	7.1	10.7	-	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	-	72.9	-	-	15.4	11.7	-	-	-
	비자발적 이유	(326)	53.7	-	20.2	17.5	-	-	4.3	3.1	1.2

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

생애주기별로는 청년기의 57.1%, 중장년기의 27.6%가 혼자 살고 싶어서로 응답이 가장 높은 반면, 노년기에는 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라는 응답이 48.3%로 가장 높게 나타났다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음) 참여자 중 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라고 응답한 비율이 37.3%로 가장 높게 나타났다. 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음) 중에서도 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라고 응답한 비율이 51.6%로 가장 높게 나타났다. 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호) 참여자 중에서 37.7%가 동일한 이유로 높게 나타났다. 반면, 지원은 필요하나 건강상태가 양호한 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호) 참여자 중에서 35.6%가 혼자 살고 싶어서로 가장 높은 응답을 나타냈다.

지역별로 혼자 사는 이유를 봤을 때, 대도시의 43.5%, 농어촌의 37.1%가 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라는 응답이 가장 높았고, 중소도시의 31.3%가 혼자 살고 싶어서로 응답이 높게 나타났다.

장애 유형별로는 외부장애의 35.1%, 내부장애의 57.1%가 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라는 응답이 가장 높았고, 발달장애에서는 가족에게 부담을 주기 싫어서, 배우자와의 이혼, 별거, 사별 때문이라는 응답이 각 27.3%로 가장 높았다. 반면, 정신장애인의 혼자 사는 이유로는 혼자 살고 싶어서가 35.7%로 가장 높았다.

혼자 사는 이유가 자발적인 참여자 중에서 72.9%가 혼자 살고 싶어서라고 응답하였고, 비자발적인 참여자 중에서는 배우자와 이혼, 별거, 사별 때문이라는 응답이 53.7%로 가장 높았다.

다. 1인 가구로 생활하기 전 상황

〈표 4-8〉 혼자 생활한 기간

(단위: 명, %, 년)

구분		사례수	5년 미만	5~10년 미만	10~30년 미만	30년 이상	평균(년)
전체		(514)	15.4	16.7	51.9	16.0	17.47
생애 주기	청년기	(35)	42.9	25.7	31.4	-	6.80
	중장년기	(239)	18.4	17.2	55.2	9.2	14.52
	노년기	(240)	8.3	15.0	51.7	25.0	21.96
지원·건강 상태	(1)	(177)	13.6	16.4	56.5	13.6	17.44
	(2)	(191)	20.9	18.3	47.6	13.1	15.73
	(3)	(93)	8.6	12.9	48.4	30.1	22.16
	(4)	(53)	13.2	18.9	58.5	9.4	15.62
지역	대도시	(147)	15.6	17.0	55.1	12.2	16.23
	중소도시	(227)	16.3	15.4	48.9	19.4	18.32
	농어촌	(140)	13.6	18.6	53.6	14.3	17.40
장애 유형	외부	(461)	13.7	16.1	53.6	16.7	18.09
	내부	(14)	-	35.7	50.0	14.3	16.86
	발달	(11)	36.4	36.4	18.2	9.1	9.55
	정신	(28)	42.9	10.7	39.3	7.1	10.68
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	16.5	18.1	49.5	16.0	16.88
	비자발적 이유	(326)	14.7	16.0	53.4	16.0	17.81

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 혼자 생활한 기간을 살펴본 결과, 전체 응답자 514명의 평균 혼자 생활한 기간은 17.47년이었다. 생애주기별로는 청년기의 평균 혼자 생활한 기간이 6.80년으로 가장 짧았고, 중장년기는 14.52년, 노년기는 21.96년으로 나타나 연령이 높아질수록 혼자 생활한 기간이 길

어지는 경향을 보였다. 특히 청년기는 5년 미만 혼자 생활한 비율이 42.9%로 높아 상대적으로 1인 가구 생활 진입 시점이 최근인 경우가 많았다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(17.44년), 3그룹(22.16년)으로 건강상태가 양호한 2그룹(15.73년), 4그룹(15.62년)보다 오랜 기간 혼자 살아 온 것으로 나타났다.

지역별로는 중소도시 거주자의 평균 혼자 생활한 기간이 18.32년으로 가장 길었고, 농어촌이 17.4년, 대도시가 16.23년 순으로 나타났다. 중소도시의 경우 30년 이상 장기 혼자 생활한 비율이 19.4%로 다른 지역에 비해 높았다.

장애 유형별로는 발달장애인의 평균 혼자 생활한 기간이 9.55년으로 가장 짧았고, 정신장애인은 10.68년으로 나타났다. 반면 외부 신체기능 장애인은 18.09년, 내부장애인은 16.86년으로 비교적 혼자 생활한 기간이 길었다. 발달장애인의 경우 5년 미만 혼자 생활한 비율이 36.4%로 높아, 다른 장애 유형에 비해 혼자 생활한 생활 진입 시기가 늦은 특성을 보였다.

혼자 사는 이유가 자발적인 참여자의 평균 혼자 생활한 기간은 16.88년으로 나타났고, 비자발적인 참여자는 17.81년으로 나타났다. 10~30년 미만 혼자 생활한 응답자가 두 집단(자발적 이유: 49.5%, 비자발적 이유: 53.4%) 전부 높게 나타났다.

〈표 4-9〉 혼자 생활하기 전 동거인

(단위: 명, %)

구분	사례수	배우자	부모 가족	시설 (거주 시설 등)	친척, 형제· 자매 가족	계속 혼자	조부모 가족	기타	
전체	(514)	46.7	37.5	5.1	3.7	2.3	0.2	4.5	
생애주기	청년기	(35)	-	80.0	20.0	-	-	-	
	중장년기	(239)	33.5	46.9	6.3	4.6	4.2	0.4	4.2
	노년기	(240)	66.7	22.1	1.7	3.3	0.8	-	5.4
지원· 건강 상태	(1)	(177)	48.6	33.9	4.5	3.4	5.1	-	4.5
	(2)	(191)	33.5	50.8	7.9	4.7	1.6	0.5	1.0
	(3)	(93)	65.6	23.7	3.2	2.2	-	-	5.4
	(4)	(53)	54.7	26.4	-	3.8	-	-	15.1
지역	대도시	(147)	53.1	27.9	2.0	4.1	2.7	-	10.2
	중소도시	(227)	39.2	48.0	4.8	2.6	2.6	0.4	2.2
	농어촌	(140)	52.1	30.7	8.6	5.0	1.4	-	2.1
장애 유형	외부	(461)	49.0	34.9	5.4	3.7	2.4	-	4.6
	내부	(14)	64.3	21.4	-	-	-	-	14.3
	발달	(11)	36.4	54.5	-	9.1	-	-	-
	정신	(28)	3.6	82.1	3.6	3.6	3.6	3.6	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	30.9	46.3	11.2	4.3	3.7	0.5	3.2
	비자발적 이유	(326)	55.8	32.5	1.5	3.4	1.5	-	5.2

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함
 출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구가 혼자 생활을 시작하기 직전까지 함께 살았던 동거인 구성을 살펴본 결과, 전체 응답자 514명 중 배우자와 동거했던 비율이 46.7%로 가장 높았으며, 부모 가족과 동거했던 비율은 37.5%로 뒤를 이었다. 시설(거주 시설 등)에서 생활하던 경우는 5.1%, 친척·형제·자매와 동거한 경우는 3.7%로 상대적으로 낮았다.

생애주기별로 보면, 청년기 장애인 1인 가구의 80.0%가 부모 가족과 함께 살다가 독립한 반면, 노년기는 66.7%가 배우자와 동거하다가 혼자 가 된 것으로 나타나 세대별 가족 구조 변화가 뚜렷했다. 중장년기는 배우자와 동거했던 비율이 33.5%, 부모 가족 비율이 46.9%로 부모 가족과의 동거 비중이 높았다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음) 참여자 중 48.6%가 혼자 살기 전 배우자와 동거했다고 응답하였다. 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 참여자 중 65.6%가 혼자 살기 전 배우자와 동거했다고 응답하였고 두 그룹 전부 배우자와 동거했다는 응답이 가장 높게 나타났다. 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)에서 50.8%가 부모 가족과 동거했다고 응답하였고, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)에서는 54.7%가 배우자와 동거로 가장 높게 응답하였다.

장애 유형별로는 내부장애인의 64.3%가 배우자와, 발달장애인의 54.5%가 부모 가족과 동거하다가 혼자 생활을 시작했으며, 정신장애인의 82.1%는 부모 가족과 동거하다 1인 가구로 생활하게 된 것을 확인할 수 있었다.

혼자 사는 이유에 따라 자발적 이유 응답자는 30.9%가 배우자와, 46.3%가 부모 가족과 동거하다 독립한 반면, 비자발적 이유 응답자는 55.8%가 배우자와 동거하다 혼자가 되었다. 기타 동거인 비율은 전반적으로 3~5% 수준으로 나타나 소수 사례였다.

160 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

[그림 4-3] 혼자 생활하기 전 동거인과 교류하는 정도(1)

(단위: %)

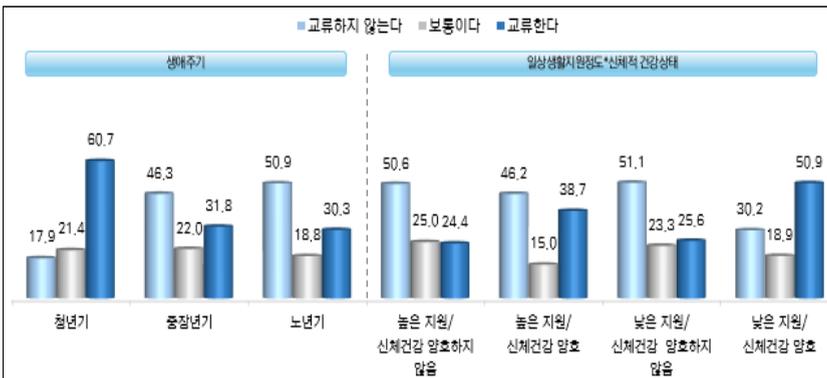


출처: 연구진이 작성

생애주기별로 과거 동거인과의 교류 정도를 보다 세밀하게 분석한 결과, 청년기는 교류하지 않는다는 응답이 17.9%에 불과한 반면, 중장년기는 교류하지 않음이 46.3%, 노년기는 교류하지 않음이 50.9%로 가장 높았다. 이는 노년으로 갈수록 ‘사별’ ‘이혼’ ‘자녀 독립’ 등의 사유로 과거 동거인과의 관계가 더욱 단절되는 경향을 명확히 보여준다.

[그림 4-4] 혼자 생활하기 전 동거인과 교류하는 정도(2)

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

〈표 4-10〉 혼자 생활하기 전 동거인과 교류하는 정도

(단위: 명, %)

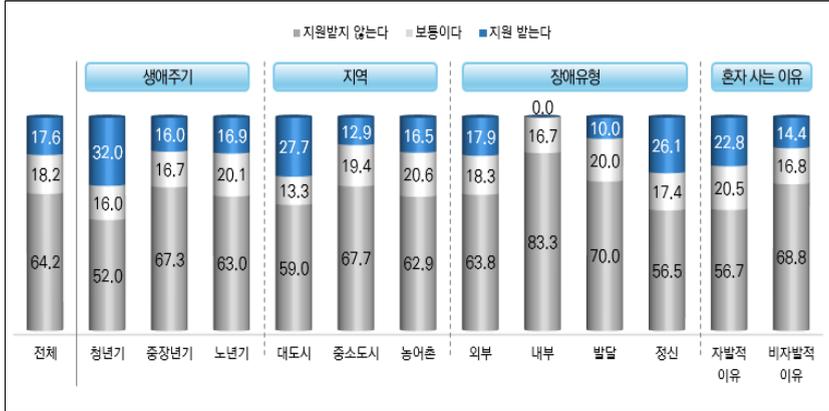
구분	사례수	전혀 교류하지 않는다	거의 교류하지 않는다	보통이다	자주 교류한다	매우 자주 교류한다	
전체	(476)	29.6	17.2	20.4	25.6	7.1	
생애주기	청년기	(28)	10.7	7.1	21.4	35.7	25.0
	중장년기	(214)	27.1	19.2	22.0	24.3	7.5
	노년기	(234)	34.2	16.7	18.8	25.6	4.7
지원·건강 상태	(1)	(160)	30.6	20.0	25.0	18.8	5.6
	(2)	(173)	30.1	16.2	15.0	30.1	8.7
	(3)	(90)	34.4	16.7	23.3	21.1	4.4
	(4)	(53)	17.0	13.2	18.9	39.6	11.3
지역	대도시	(140)	40.7	12.1	17.9	22.9	6.4
	중소도시	(210)	26.2	18.6	23.8	24.3	7.1
	농어촌	(126)	23.0	20.6	17.5	31.0	7.9
장애 유형	외부	(425)	31.8	17.2	20.7	24.5	5.9
	내부	(14)	14.3	7.1	28.6	35.7	14.3
	발달	(11)	9.1	36.4	9.1	36.4	9.1
	정신	(26)	11.5	15.4	15.4	34.6	23.1
혼자 사는 이유	자발적 이유	(160)	20.6	16.3	21.3	28.1	13.8
	비자발적 이유	(316)	34.2	17.7	19.9	24.4	3.8

일상생활지원정도 및 건강상태별로 구분한 4개 집단 간 비교에서도 차이가 나타났다. 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 경우 교류하지 않음이 50.6%로 과반을 차지했으나 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)은 교류하지 않음이 46.2%였다. 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)은 교류하지 않음이 51.1%였다. 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)은 교류하지 않음이 30.2%로 나타났다. 즉, 건강이 양호할수록 과거 동거인과의 교류를 유지하는 경향이 있었다. 이는 돌봄지원의 수준이 낮을수록 그리고 건강상태가 나쁠수록 이전 가족과의 관계 유지가 안 되고 있음을 시사한다.

라. 이전 동거인의 지원 수준

[그림 4-5] 혼자 생활하기 전 동거인의 지원 수준(1)

(단위: %)

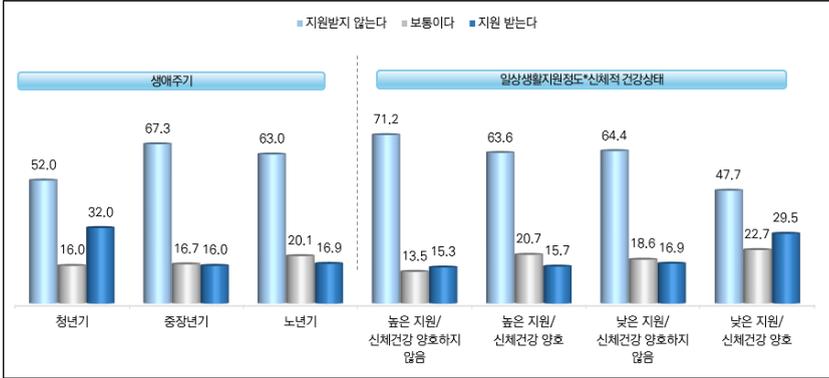


출처: 연구진이 작성

혼자 생활하기 전 동거인(가족 등)으로부터 받은 지원 수준에 대해 영역별로 파악하였다. 전체적으로 '지원받지 않음' 비율이 64.2%로 가장 높고, '보통이다'는 18.2%, '지원받는다'는 17.6%로 나타난다. 지역별로는 대도시에서 27.7%, 농어촌에서 16.5%, 그리고 중소도시에서 12.9%로 '지원받는다'고 응답하였다.

[그림 4-6] 혼자 생활하기 전 동거인의 지원 수준(2)

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

[표 4-11] 혼자 생활하기 전 동거인의 지원 수준

(단위: 명, %)

구분	사례수	전혀 지원 받지 않는다	거의 지원 받지 않는다	보통이다	많은 지원을 받는다	매우 많은 지원을 받는다	
전체	(335)	31.9	32.2	18.2	14.0	3.6	
생애주기	청년기	(25)	32.0	20.0	16.0	20.0	12.0
	중장년기	(156)	35.3	32.1	16.7	13.5	2.6
	노년기	(154)	28.6	34.4	20.1	13.6	3.2
지원·건강 상태	(1)	(111)	36.9	34.2	13.5	13.5	1.8
	(2)	(121)	32.2	31.4	20.7	12.4	3.3
	(3)	(59)	35.6	28.8	18.6	13.6	3.4
	(4)	(44)	13.6	34.1	22.7	20.5	9.1
지역	대도시	(83)	32.5	26.5	13.3	22.9	4.8
	중소도시	(155)	34.2	33.5	19.4	11.0	1.9
	농어촌	(97)	27.8	35.1	20.6	11.3	5.2
장애 유형	외부	(290)	30.0	33.8	18.3	14.5	3.4
	내부	(12)	50.0	33.3	16.7	-	-
	발달	(10)	40.0	30.0	20.0	10.0	-
	정신	(23)	43.5	13.0	17.4	17.4	8.7

구분		사례수	전혀 지원 받지 않는다	거의 지원 받지 않는다	보통 이다	많은 지원을 받는다	매우 많은 지원을 받는다
혼자 사는 이유	자발적 이유	(127)	22.0	34.6	20.5	17.3	5.5
	비자발적 이유	(208)	38.0	30.8	16.8	12.0	2.4

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함
 출처: 연구진이 작성

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 71.2%가 지원받지 않았다고 응답하였고, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 64.4%가 지원받지 않았다고 응답하였다. 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)에서 ‘지원받는다’는 비율은 15.3%로 나타났고, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)에서는 16.9%가 ‘지원받는다’라고 응답하였다. 반면, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 63.6%가 지원받지 않았다고 응답하였고, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)에서는 47.7%가 지원받지 않았다고 응답하였다. 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)에서 29.5%가 ‘지원받는다’라고 응답하였다.

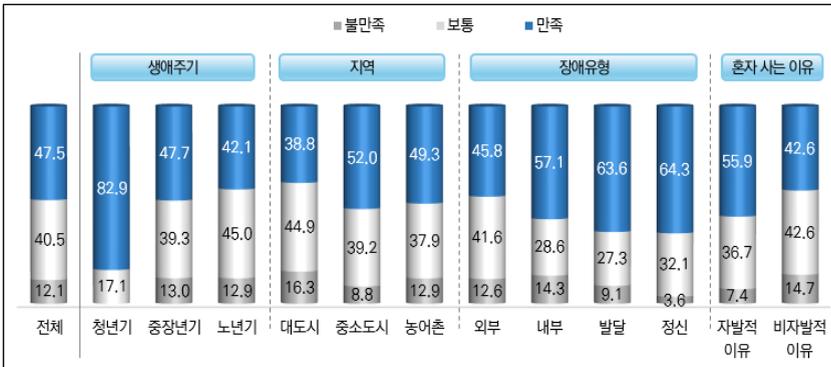
중소도시에 사는 참여자 중 67.7%가 혼자 생활하기 전 동거인으로부터 지원받지 않음(전혀 지원받지 않는다+거의 지원받지 않는다)을 알 수 있다. 장애 유형별로 봤을 때, 외부장애인의 경우 ‘지원받지 않음’이 63.8%로 전체 평균보다 약간 낮으며, 발달장애인은 ‘지원받는다’가 10.0%로 나타났다. 내부장애인의 동거인의 지원수준에서 ‘지원받는다’가 0.0%로 가장 낮게 나타났다, 정신장애인의 ‘지원받는다’ 비율은 26.1%로 가장 높게 나타났다. 혼자 사는 이유가 비자발적인 참여자 중에서 68.8%가 동거인으로부터 지원을 받지 않음으로 가장 높게 나타났다.

이처럼 혼자 생활 이전 장애인 당사자가 여러 영역에서 실질적으로 동거인에게서 지원을 충분히 받지 못하고 있는 실태가 드러난다. 혼자 사는 이유가 자발적인 참여자 중 56.7%는 지원을 받지 않았다고 응답하였다.

마. 삶에 대한 만족도

[그림 4-7] 삶에 대한 만족도(1)

(단위: %)

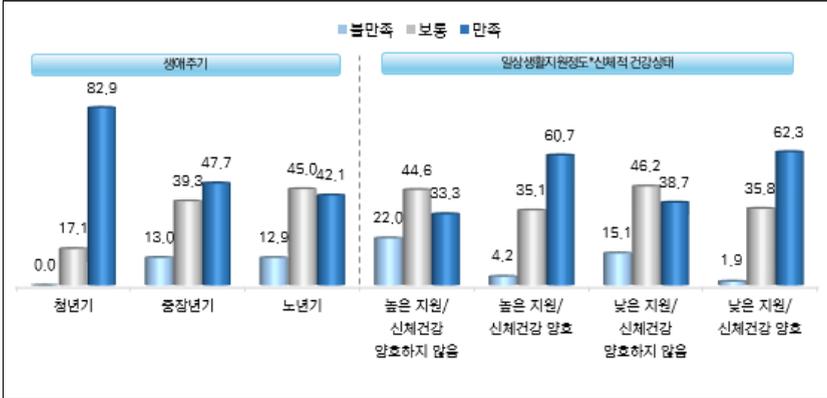


출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 삶에 대한 만족도를 봤을 때, 전체 중 만족이 47.5%로 나타났다. 지역별로는 중소도시에 사는 1인 가구의 삶의 만족도가 52.0%로 가장 높았으며, 장애 유형별로는 정신장애인의 삶의 만족도가 전체 중 64.3%로 가장 높게 나타났다. 반면, 외부장애인의 삶의 만족도는 45.8%로 가장 낮았으며, 이는 이동 등 일상생활에 필요한 자원이 부족함으로 인한 직접적인 어려움을 겪기 때문으로 예측할 수 있다. 혼자 사는 이유가 자발적인 1인 가구의 삶의 만족도가 55.9%로 그렇지 않은 1인 가구보다 높게 나타났다.

[그림 4-8] 삶에 대한 만족도(2)

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

<표 4-12> 삶에 대한 만족도

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족	불만족	만족	평균 (점)
전체	(514)	1.4	10.7	40.5	39.5	8.0	12.1	47.5	3.42
생애 주기	청년기 (35)	-	-	17.1	40.0	42.9	-	82.9	4.26
	중장년기 (239)	1.7	11.3	39.3	39.7	7.9	13.0	47.7	3.41
	노년기 (240)	1.3	11.7	45.0	39.2	2.9	12.9	42.1	3.31
지원·건강 상태	(1)	3.4	18.6	44.6	29.9	3.4	22.0	33.3	3.11
	(2)	0.5	3.7	35.1	46.6	14.1	4.2	60.7	3.70
	(3)	-	15.1	46.2	34.4	4.3	15.1	38.7	3.28
	(4)	-	1.9	35.8	54.7	7.5	1.9	62.3	3.68
지역	대도시 (147)	1.4	15.0	44.9	36.7	2.0	16.3	38.8	3.23
	중소도시 (227)	-	8.8	39.2	40.1	11.9	8.8	52.0	3.55
	농어촌 (140)	3.6	9.3	37.9	41.4	7.9	12.9	49.3	3.41
장애 유형	외부 (461)	1.5	11.1	41.6	39.0	6.7	12.6	45.8	3.38
	내부 (14)	-	14.3	28.6	50.0	7.1	14.3	57.1	3.50
	발달 (11)	-	9.1	27.3	45.5	18.2	9.1	63.6	3.73
	정신 (28)	-	3.6	32.1	39.3	25.0	3.6	64.3	3.86

구분		사례수	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족	불만족	만족	평균 (점)
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	1.1	6.4	36.7	39.9	16.0	7.4	55.9	3.63
	비자발적 이유	(326)	1.5	13.2	42.6	39.3	3.4	14.7	42.6	3.30

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

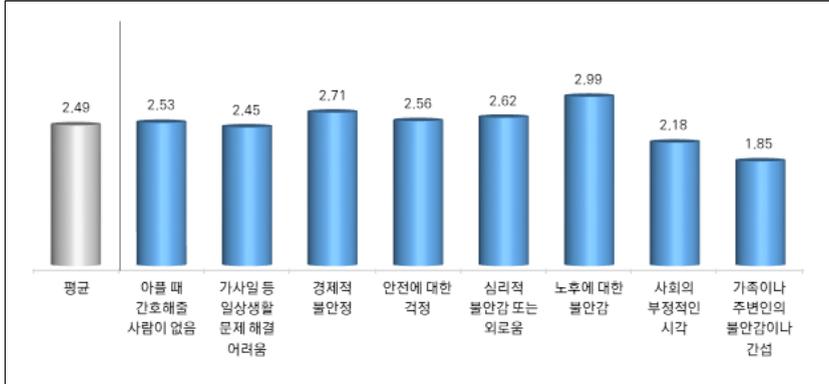
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 삶에 대한 만족도를 생애주기별로는 청년기가 82.9%로 가장 높았으며, 다음으로 중장년기(47.7%), 노년기(42.1%) 순으로 나타났다. 일상생활지원정도와 신체적 건강상태를 고려한 삶의 만족도를 봤을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 경우 삶에 대한 만족도가 33.3%로 가장 낮음을 알 수 있다. 반면, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)는 삶에 대한 만족도가 62.3%로 가장 높게 나타났다. 순차적으로 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)이 60.7%, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)이 38.7%로 나타났다. 이는 신체건강이 양호하지 않은 대상의 삶의 만족도가 그렇지 않은 대상보다 현저히 낮음을 알 수 있다.

바. 일상생활에서의 어려움 정도

[그림 4-9] 일상생활에서의 어려움 정도(전체)

(단위: 점, Mean)



출처: 연구진이 작성

<표 4-13> 일상생활에서의 어려움 정도(전체)

(단위: %, 점)

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	평균* (점)
아플 때 간호해줄 사람이 없음	17.5	27.8	39.3	15.4	2.53
가사일 등 일상생활 문제 해결 어려움	15.0	35.4	39.5	10.1	2.45
경제적 불안정	9.7	26.8	45.7	17.7	2.71
안전에 대한 걱정	11.7	33.7	41.4	13.2	2.56
심리적 불안감 또는 외로움	10.3	29.6	48.2	11.9	2.62
노후에 대한 불안감	6.0	19.5	44.0	30.5	2.99
사회적 부정적인 시각	19.3	47.3	29.2	4.3	2.18
가족이나 주변인의 불안감이나 간섭	32.5	52.1	12.8	2.5	1.85

주: *4점 척도이며 4점에 가까울수록 어려움
출처: 연구진이 작성

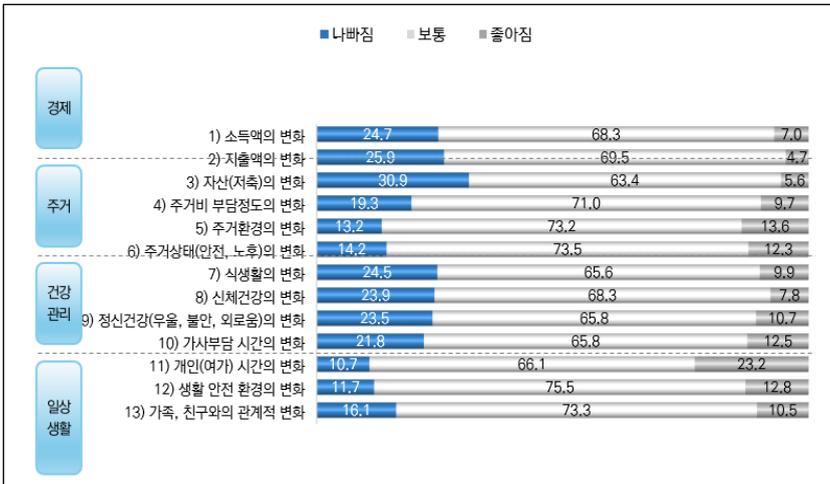
장애인 1인 가구의 일상생활에서의 어려움 정도는 4점 만점에 평균 2.49점이었다. 영역별로는 노후에 대한 불안감이 2.99점으로 가장 높았

으며, 다음으로 경제적 불안정이 2.71점으로 나타났다. 장애인 1인 가구가 나이가 들에 따라 일상생활에 여러 제약으로 인한 불안감이 높음을 예측할 수 있다.

사. 1인 가구가 된 이후의 일상생활 변화

[그림 4-10] 1인 가구가 된 이후의 일상생활 변화

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

<표 4-14> 1인 가구가 된 이후의 일상생활 변화

(단위: %, 점)

구분	구분	나빠짐	보통	좋아짐	평균(점)
경제	1) 소득액의 변화	24.7	68.3	7.0	4.52
	2) 지출액의 변화	25.9	69.5	4.7	4.43
	3) 자산(저축)의 변화	30.9	63.4	5.6	4.26
주거	4) 주거비 부담정도의 변화	19.3	71.0	9.7	4.78
	5) 주거환경의 변화	13.2	73.2	13.6	5.03
	6) 주거상태(안전, 노후)의 변화	14.2	73.5	12.3	4.96

170 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		나빠짐	보통	좋아짐	평균(점)
건강 관리	7) 식생활의 변화	24.5	65.6	9.9	4.61
	8) 신체건강의 변화	23.9	68.3	7.8	4.48
	9) 정신건강(우울, 불안, 외로움)의 변화	23.5	65.8	10.7	4.63
일상 생활	10) 가사부담 시간의 변화	21.8	65.8	12.5	4.73
	11) 개인(여가) 시간의 변화	10.7	66.1	23.2	5.39
	12) 생활 안전 환경의 변화	11.7	75.5	12.8	5.01
	13) 가족, 친구와의 관계적 변화	16.1	73.3	10.5	4.82

출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구가 되기 전과 후를 비교하였을 때, 각 영역에서 변화가 어떠한지를 파악하였다. 경제 영역에서는 1인 가구가 된 이후 자산(저축)의 변화가 나빠졌다는 비율이 전체 중 30.9%였다. 주거 영역에서는 주거비 부담의 수준이 더 부담이 되었다는 비중이 19.3%였으며, 건강관리 영역에서는 식생활의 변화(24.5%), 신체 건강의 변화(23.9%), 정신건강(우울, 불안, 외로움)의 변화(23.5%)가 나빠졌다는 비중이 대략 20% 수준이었다. 1인 가구가 된 후에, 일상생활 영역에서는 가사 부담에 대한 시간적 부담이 21.8%로 가장 높았다. 반면 개인(여가) 시간은 23.2%가 더 좋아졌다고 응답하였다.

아. 심리·정서적 어려움

[그림 4-11] 외로움 척도(원점수)(1)

(단위: 점, Mean)

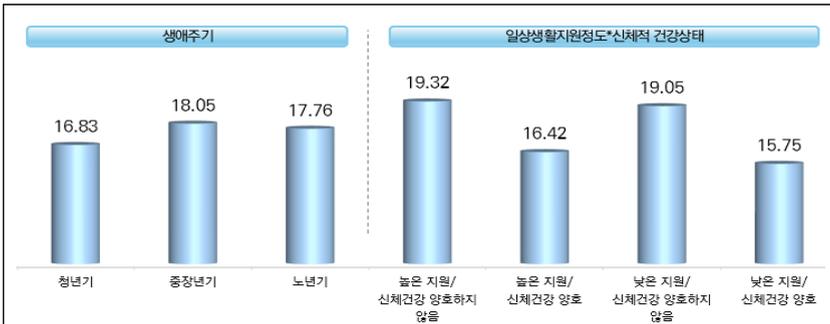


출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 전체 외로움 수준은 28점 만점 중 17.83점으로 지역별로는 대도시(18.12점), 농어촌(17.69점) 그리고 중소도시(17.73점) 순으로 높았다. 장애 유형별로는 정신장애인이 17.96점으로 가장 높으며, 혼자 사는 이유는 비자발적인 1인 가구(17.89점)가 그렇지 않은 1인 가구(17.73)보다 높았다.

[그림 4-12] 외로움 척도(원점수)(2)

(단위: 점, Mean)

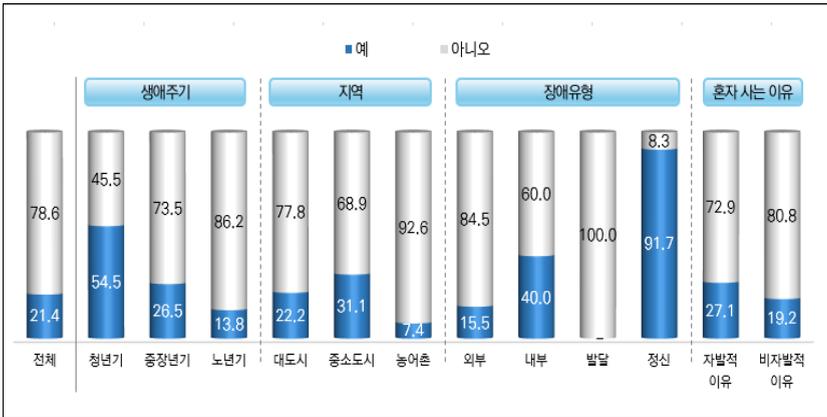


출처: 연구진이 작성

생애주기별로는 중장년기가 18.05점으로 가장 높았고 다음으로 노년기가 17.76점이었다. 일상생활지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음), 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 외로움 점수가 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호), 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)보다 높았다. 이는 건강상태가 양호하지 않을수록 외로움 점수가 높아 건강과 외로움의 부의 관계를 추측하게 한다.

[그림 4-13] 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 상담을 받아본 경험(1)

(단위: %)



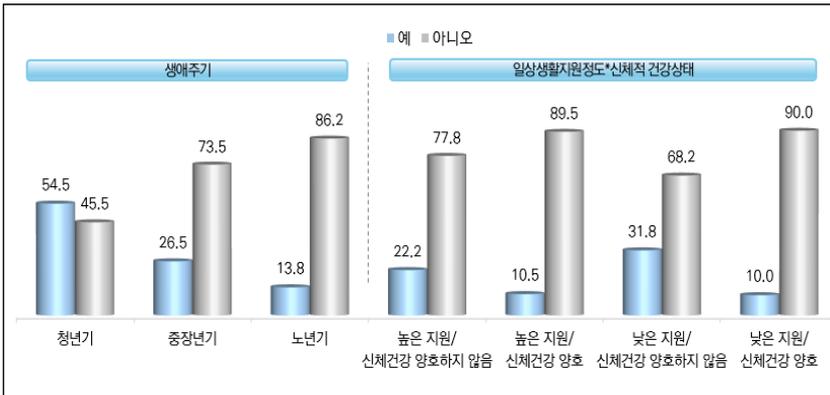
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구가 최근 1년 동안 정신적인 문제로 상담을 받은 경험을 봤을 때, 전체의 78.6%가 상담을 받은 경험이 없다고 응답하였다. 지역별로 봤을 때, 상담을 받은 경험이 있는 경우는 중소도시에서 31.1%로 가장 높았다. 장애 유형별로는 정신장애인의 91.7%가 상담을 받은 경험이 있다고 응답하였으며, 다음으로 내부장애인 응답자 중 40.0%가 상담을 받은 경험이 있다고 응답하였다. 혼자 사는 이유는 자발적인 1인 가구

(27.1%)가 그렇지 않은 1인 가구(19.2%)보다 상담 경험의 비중이 높은 것은 흥미롭다.

[그림 4-14] 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 상담을 받아본 경험(2)

(단위: %)



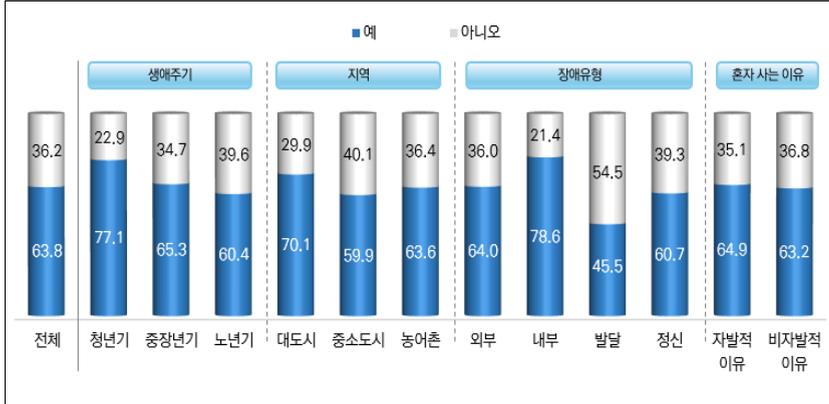
출처: 연구진이 작성

생애주기별로는 최근 1년 동안 정신적인 문제로 상담을 받은 경험은 청년기에서 54.5%로 가장 높았고, 다음으로 중장년기, 노년기 순이었다. 일상생활지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 상담 경험 비율이 31.8%로 가장 높았다. 이는 돌봄지원의 수준이 낮으나 건강상태가 양호하지는 않은 경우, 상담과 같은 정서적 지원의 요구가 높은 경향을 추측할 수 있다.

자. 건강관리 및 식생활

[그림 4-15] 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위한 가족 여부(1)

(단위: %)



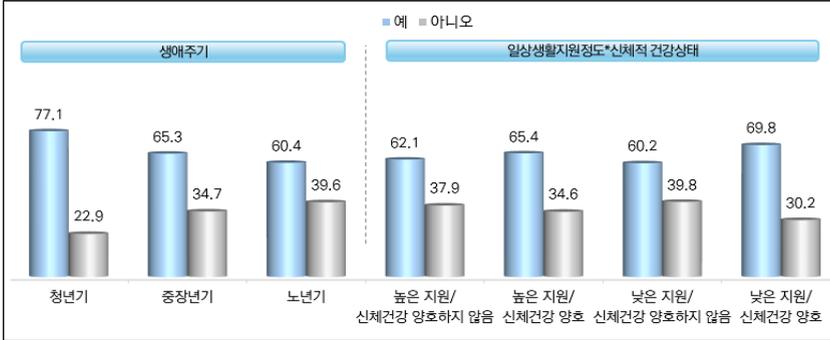
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구가 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위해 부를 수 있는 가족 여부를 봤을 때, 전체 중 63.8%가 부를 수 있는 가족이 있다고 응답하였다. 지역별로는 대도시에 속한 1인 가구 중 70.1%가 보호자 동의를 위해 부를 수 있는 가족이 있다고 응답하였으며, 장애 유형별로는 내부장 애인 응답자 중에 78.6%가 그렇다고 응답하였다.

반면, 발달장애인 1인 가구의 경우 45.5%로 가장 낮았다. 이는 발달장애인 부모의 고령화나 사망, 가족과의 관계 단절, 낮은 후견인 제도 활용률 등으로 실질적인 보호자 부재 등 여러 이유가 있음을 추측할 수 있다.

[그림 4-16] 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위한 가족 여부(2)

(단위: %)

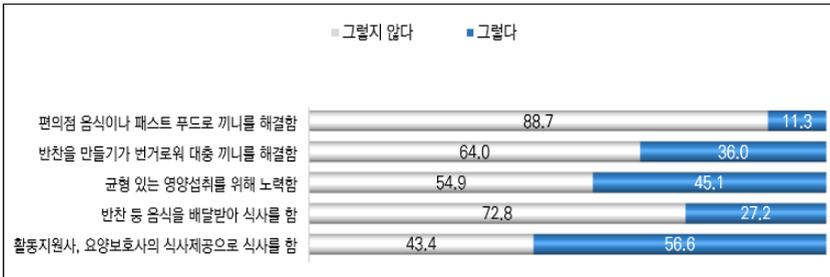


출처: 연구진이 작성

의료기관 방문 시 보호자 동의를 위해 부를 수 있는 가족이 있는지의 여부를 생애주기로 봤을 때, 청년기에서 그렇다는 응답이 77.1%로 가장 높았고, 노년기로 갈수록 부를 수 있는 가족에 부재한 비율이 높았다. 일상생활지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때는 3그룹(낮은 돌봄 지원·건강상태 양호하지 않음)에서 부를 수 있는 가족이 없다는 응답이 39.8%로 가장 낮았고, 다음으로 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음) 순이었다.

[그림 4-17] 지난 2주간 식생활

(단위: %)



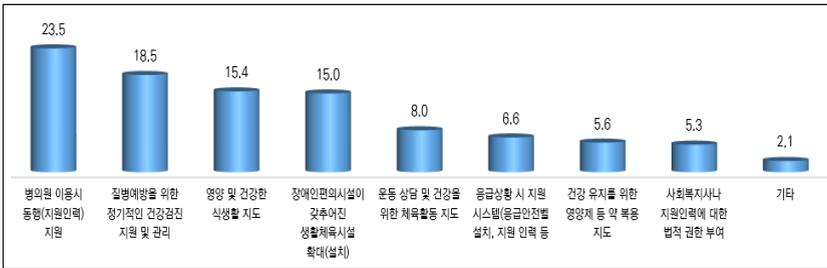
출처: 연구진이 작성

176 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

장애인 1인 가구의 지난 2주간 식생활을 봤을 때, 전체 중 56.6%가 활동지원사, 영양보호사의 도움으로 식사를 하고 있었다. 또한 전체 응답자 중 45.1%가 균형 있는 영양 섭취를 위해 노력하였다. 그러나 36.0%는 반찬을 만들기가 번거로워 대충 끼니를 해결한다고 응답하였으며, 27.2%는 반찬 등 음식을 배달받아 식사를 한다고 응답하였다. 11.3%는 편의점 음식이나 패스트푸드로 끼니를 해결한다고 하였다.

[그림 4-18] 건강관리 및 식생활을 위해 필요한 지원

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

<표 4-15> 건강관리 및 식생활을 위해 필요한 지원

(단위: 명, %)

구분	사례수	병의원 동행 지원	건강 검진 지원 및 관리	영양 및 식생활 지도	생활 체육 시설 확대 (설치)	건강 체육 활동 지도	응급 상황 지원 시스템	약 복용 지도	지원 인력 법적 권한 부여	기타	
전체	(514)	23.5	18.5	15.4	15.0	8.0	6.6	5.6	5.3	2.1	
생애 주기	청년기 (35)	14.3	8.6	8.6	25.7	11.4	11.4	8.6	5.7	5.7	
	중장년기 (239)	20.9	17.2	12.6	20.9	10.0	7.5	2.5	6.7	1.7	
	노년기 (240)	27.5	21.3	19.2	7.5	5.4	5.0	8.3	3.8	2.1	
지원·건강 상태	(1)	(177)	24.3	19.2	13.6	14.7	6.2	10.2	5.1	5.6	1.1
	(2)	(191)	19.9	17.3	9.9	20.9	9.4	5.8	4.7	8.4	3.7
	(3)	(93)	31.2	19.4	25.8	4.3	8.6	1.1	6.5	1.1	2.2
	(4)	(53)	20.8	18.9	22.6	13.2	7.5	7.5	9.4	-	-

구분		사례수	병의원 동행 지원	건강 검진 지원 및 관리	영양 및 식생 활 지도	생활 체육 시설 확대 (설치)	건강 체육 활동 지도	응급 상황 지원 시스 템	약 복용 지도	지원 인력 법적 권한 부여	기타
지역	대도시	(147)	25.9	19.7	15.0	9.5	8.8	6.1	7.5	3.4	4.1
	중소도시	(227)	16.7	18.9	18.5	21.1	7.5	6.6	4.0	5.7	0.9
	농어촌	(140)	32.1	16.4	10.7	10.7	7.9	7.1	6.4	6.4	2.1
장애 유형	외부	(461)	25.2	18.4	15.0	13.9	8.2	5.6	6.1	5.4	2.2
	내부	(14)	14.3	28.6	28.6	14.3	-	7.1	-	-	7.1
	발달	(11)	18.2	27.3	36.4	-	9.1	-	-	9.1	-
	정신	(28)	3.6	10.7	7.1	39.3	7.1	25.0	3.6	3.6	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	28.2	16.0	11.7	13.3	10.6	9.0	4.3	5.3	1.6
	비자발적 이유	(326)	20.9	19.9	17.5	16.0	6.4	5.2	6.4	5.2	2.5

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 건강관리 및 식생활을 위해 필요한 지원 중 병의원 이용 시 동행 지원이 23.5%로 가장 높았으나, 사회복지사나 지원인력에 대한 법적 권한 부여는 5.3%로 가장 낮았다. 이는 일상생활에 지원 욕구는 높지만, 지원 인력에 대한 법적 권한 부여에는 신중한 태도를 보이는 것으로 이해된다. 생활 전반에 대한 실질적 지원은 필요하나, 일상생활에서의 자기결정권은 독립적으로 유지하길 원하는 것으로 추측된다.

생애주기별로는 청년기에서 생활체육시설확대(설치)가 25.7%로 가장 높았다. 중장년기에서는 생활체육시설확대(20.9%)와 함께 병의원 이용 시 동행 지원(20.9%), 노년기에는 병의원 이용 시 동행지원이 27.5%로 가장 높았다. 일상생활지원정도와 신체적 건강상태를 고려하여 건강관리 및 식생활을 위해 필요한 지원을 봤을 때, 3그룹(지원정도 낮음-건강상태

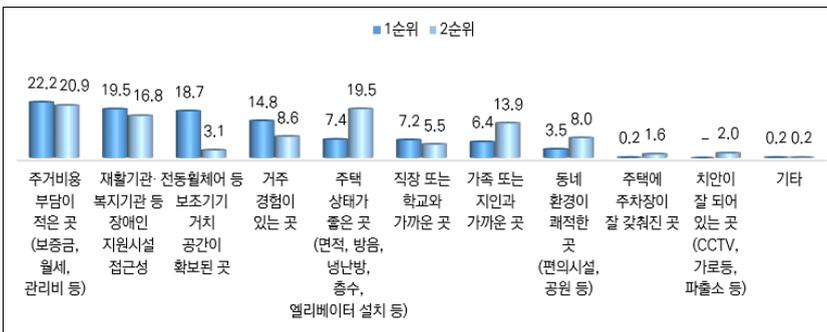
양호하지 않음)에서 병의원 이용 시 동행 지원이 31.2%로 가장 높았다. 1 그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 24.3%가 병의원 이용 시 동행 지원, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 22.6%가 영양 및 건강한 식생활 지도, 그리고 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 20.9%가 생활체육시설 확대(설치)로 응답하였다.

지역별로는 대도시에 사는 참여자 중 25.9%, 농어촌에 사는 참여자 중 32.1%가 병의원 이용 시 동행 지원을 필요한 지원으로 응답하였으며, 중소도시에 사는 참여자의 21.1%가 생활체육시설확대(설치)가 필요한 지원으로 응답하였다. 장애유형별로는 내부장애인의 각 28.6%가 건강검진 지원 및 관리, 영양 및 건강한 식생활 지도를 필요한 지원으로 응답하였으며, 발달장애인의 36.4%가 영양 및 건강한 식생활 지도를 필요한 지원으로 응답하였다. 혼자 사는 이유가 자발적인 이유인 참여자 중 28.2%, 비자발적인 이유인 참여자 중 20.9%가 병의원 이용 시 동행 지원으로 응답하였다.

차. 주거 및 안전

[그림 4-19] 거주지를 선택할 때 가장 중요하게 생각하는 것

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

〈표 4-16〉 거주지를 선택할 때 가장 중요하게 생각하는 것 1순위

(단위: 명, %)

구분	사례 수	주거 비용 부담 적은 곳	재활 기관·복지 기관 시설 접근성	보조 기기 거치 공간 확보	거주 경험 있는 곳	주택 상태 좋은 곳	직장 또는 학교 근접	가족 또는 지인 근접	동네 환경이 쾌적	주차장	기타	
전체	(514)	22.2	19.5	18.7	14.8	7.4	7.2	6.4	3.5	0.2	0.2	
생애 주기	청년기 (35)	17.1	14.3	8.6	11.4	8.6	34.3	5.7	-	-	-	
	중장년기 (239)	21.3	17.6	25.5	10.0	6.3	9.2	5.4	4.2	0.4	-	
	노년기 (240)	23.8	22.1	13.3	20.0	8.3	1.3	7.5	3.3	-	0.4	
지원 · 건강 상태	(1)	(177)	24.3	15.8	31.1	8.5	4.5	3.4	6.8	5.1	0.6	-
	(2)	(191)	19.9	18.8	17.8	15.7	8.4	12.0	4.2	2.6	-	0.5
	(3)	(93)	25.8	26.9	5.4	21.5	6.5	3.2	8.6	2.2	-	-
	(4)	(53)	17.0	20.8	3.8	20.8	15.1	9.4	9.4	3.8	-	-
지역	대도시 (147)	17.0	18.4	17.0	19.7	8.2	4.1	10.2	4.8	0.7	-	
	중소도시 (227)	29.5	15.4	15.0	14.5	7.9	10.6	4.0	3.1	-	-	
	농어촌 (140)	15.7	27.1	26.4	10.0	5.7	5.0	6.4	2.9	-	0.7	
장애 유형	외부 (461)	21.3	20.4	20.6	15.6	6.5	5.9	6.1	3.3	0.2	0.2	
	내부 (14)	14.3	28.6	7.1	14.3	21.4	7.1	-	7.1	-	-	
	발달 (11)	36.4	9.1	-	9.1	9.1	18.2	18.2	-	-	-	
	정신 (28)	35.7	3.6	-	3.6	14.3	25.0	10.7	7.1	-	-	
혼자 사는 이유	자발적 이유 (188)	14.9	21.3	20.7	18.1	6.9	10.6	6.4	0.5	-	0.5	
	비자발적 이유 (326)	26.4	18.4	17.5	12.9	7.7	5.2	6.4	5.2	0.3	-	

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구가 거주지를 선택할 때 가장 중요하게 생각하는 사항으로 주거비용 부담이 적은 곳(보증금, 월세, 관리비 등)이 22.2%로 1순위 중에서 가장 높게 나타났다. 이는 2순위 중에서도 가장 높았다(20.9%). 다음으로 장애인 지원시설 접근성이 19.5%, 보조기기 거치 공간 확보가 18.7%, 거주 경험이 있는 곳이 14.8% 순이었다.

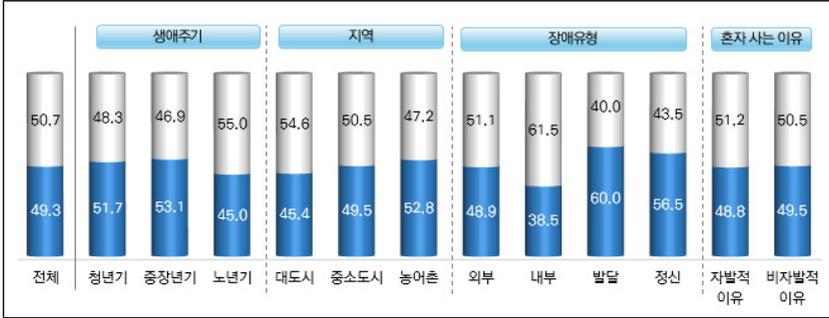
생애주기별로 봤을 때, 청년기에서는 34.3%가 직장 또는 학교와 가까운 곳을 선호하였고, 중장년은 25.5%가 전동휠체어 등 보조기기 거치 공간이 확보된 곳, 노년기에서는 23.8%가 주거비용 부담이 적은 곳, 22.1%가 재활 기관·복지 기관 등 장애인 지원 시설 접근성을 중요하게 생각하였다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 24.3%가 주거 비용 부담이 적은 곳, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 26.9%가 재활 기관·복지 기관 등 장애인 지원 시설 접근성을 거주지 선택 시 우선순위로 고려하였다. 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 19.9%가 주거 비용 부담이 적은 곳, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 20.8%가 재활 기관·복지 기관 등 장애인 지원 시설 접근성, 거주 경험이 있는 곳을 우선순위로 고려하였다.

지역별로는 대도시에서 19.7%가 거주 경험이 있는 곳, 중소도시에서는 29.5%가 주거 비용 부담이 적은 곳, 농어촌의 27.1%가 재활 기관·복지 기관 등 장애인 지원 시설 접근성을 중요하게 생각하였다. 장애 유형에서는 내부장애인의 28.6%가 재활 기관·복지 기관 등 장애인 지원 시설 접근성을, 발달장애인의 36.4%, 정신장애인의 35.7%가 주거 비용 부담이 적은 곳을 거주지 선택에 중요한 사항으로 고려하였다. 혼자 사는 이유가 자발적인 참여자 중 21.3%가 재활 기관·복지 기관 등 장애인 지원 시설 접근성을, 비자발적인 참여자 중 26.4%가 주거 비용 부담이 적은 곳을 거주지 선택 시 중요 사항으로 고려하였다.

[그림 4-20] 주거 비용이 부담되는 정도

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

<표 4-17> 주거 비용이 부담되는 정도

(단위: 명, %)

구분	사례수	매우 부담된다	약간 부담된다	별로 부담되지 않는다	전혀 부담되지 않는다	
전체	(471)	13.6	35.7	25.9	24.8	
생애주기	청년기	(29)	17.2	34.5	27.6	20.7
	중장년기	(224)	17.0	36.2	24.6	22.3
	노년기	(218)	9.6	35.3	27.1	28.0
지원·건강 상태	(1)	(165)	16.4	37.0	25.5	21.2
	(2)	(177)	12.4	36.2	30.5	20.9
	(3)	(81)	18.5	32.1	17.3	32.1
	(4)	(48)	-	35.4	25.0	39.6
지역	대도시	(130)	11.5	33.8	16.2	38.5
	중소도시	(216)	14.8	34.7	33.3	17.1
	농어촌	(125)	13.6	39.2	23.2	24.0
장애 유형	외부	(425)	13.4	35.5	26.4	24.7
	내부	(13)	-	38.5	7.7	53.8
	발달	(10)	10.0	50.0	20.0	20.0
	정신	(23)	26.1	30.4	30.4	13.0
혼자 사는 이유	자발적 이유	(170)	13.5	35.3	33.5	17.6
	비자발적 이유	(301)	13.6	35.9	21.6	28.9

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
- (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
- (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
- (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

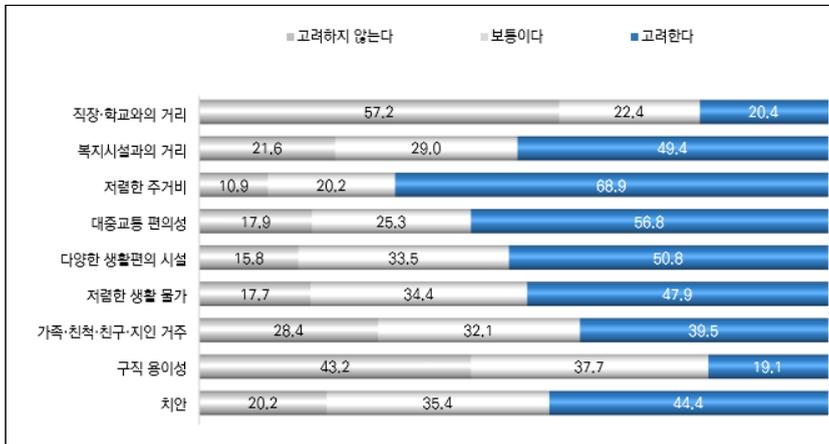
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 주거 비용 부담 정도는, 생애주기별로는 중장년기가 53.1% 부담된다고 응답하였다. 지역별로는 농어촌 지역 거주 장애인 중 52.8%가 부담된다고 응답하였으며, 장애 유형별로는 발달장애인 중 60.0%가 그러하다고 응답하였다. 혼자 사는 이유가 자발적인 장애인(48.8%)과 그렇지 않은 장애인(49.5%)의 주거비 부담 정도는 큰 차이가 없음을 알 수 있다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 53.3%, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 50.6%가 주거 비용이 부담된다고 응답하였고, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 48.6%, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 35.4%가 부담된다고 응답하였다. 즉, 건강상태가 양호하지 않은 그룹에서 주거비 부담에 대한 고려가 더 높음을 알 수 있다.

[그림 4-21] 거주지를 선택할 때 고려하는 것

(단위: %)



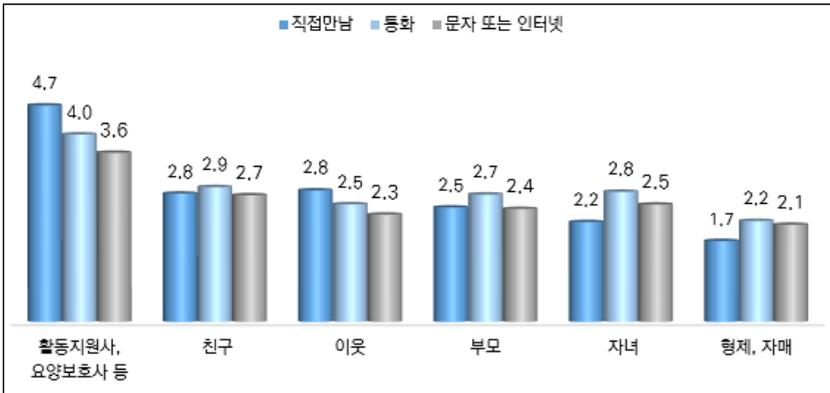
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 거주지를 선택할 때의 고려 사항으로는 저렴한 주거비가 68.9%로 가장 높게 나타났다. 다음으로 대중교통의 편의성(56.8%), 다양한 생활편의 시설(50.8%) 순으로 나타났다. 장애인의 경제 활동 수준을 고려한 주거비 지원, 공공임대주택 등이 경제적 부담을 완화하는 서비스나 제도가 필요함을 알 수 있다.

카. 사회적 관계망

[그림 4-22] 1인 가구의 사회적 관계망_요약

(단위: 점, Mean)



주: 5점 '하루 한 번 이상', 4점 '일주일에 한 번 이상', 3점 '이주일에 한 번 이상', 2점 '한 달에 한 번 이상', 1점 '월 1회 이하(간접적 또는 명절 등에만)'으로 측정하여 5점에 가까울수록 자주 연락하는 관계임

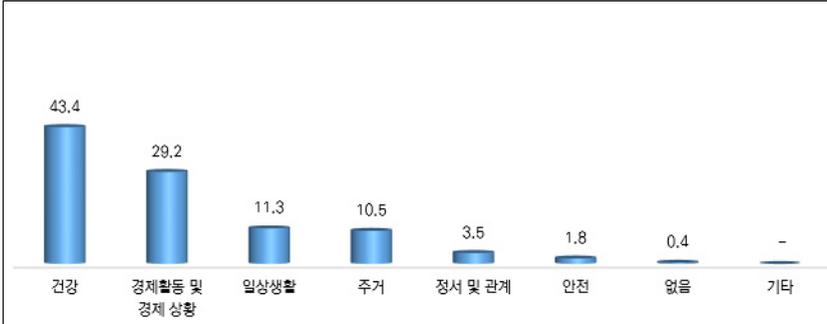
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 사회적 관계망을 알아보았다. 활동지원사·요양보호사 등 공적 지원자와의 직접 만남 빈도가 4.7점으로 가장 높았다. 또한 비공식 지원자 중 가족(부모·자녀·형제자매)보다는 친구나 이웃과 더 자주 연락하는 경향을 보인다.

타. 복합적 기능상태를 가진 1인 가구의 정책 수요

[그림 4-23] 어려운 생활영역_1순위

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

복합적 기능상태를 가진 장애인 1인 가구가 일상생활에서 어려운 영역은 다음과 같다. 전체 중 43.4%가 건강에 어려움이 있으며, 다음으로 경제활동 및 경제 상황(29.2%), 일상생활(11.3%), 주거(10.5%), 정서 및 관계(3.5%), 안전(1.8%) 순이었다. 이는 장애인 1인 가구가 건강에 취약함을 알 수 있으며, 맞춤형 돌봄이나 건강 지원 영역에 대한 정책적 지원 필요로 이해된다.

<표 4-18> 어려운 생활영역_1순위

(단위: 명, %)

구분	사례수	건강	경제 활동 경제 상황	일상 생활	주거	정서 및 관계	안전	없음
전체	(514)	43.4	29.2	11.3	10.5	3.5	1.8	0.4
생애주기	청년기 (35)	28.6	34.3	8.6	17.1	5.7	5.7	-
	중장년기 (239)	41.0	32.2	11.7	9.6	3.3	2.1	-
	노년기 (240)	47.9	25.4	11.3	10.4	3.3	0.8	0.8

구분		사례수	건강	경제 활동 경제 상황	일상 생활	주거	정서 및 관계	안전	없음
지원· 건강 상태	(1)	(177)	48.0	29.9	8.5	8.5	4.0	1.1	-
	(2)	(191)	36.6	27.2	15.7	13.6	3.1	3.1	0.5
	(3)	(93)	50.5	31.2	9.7	5.4	2.2	1.1	-
	(4)	(53)	39.6	30.2	7.5	15.1	5.7	-	1.9
지역	대도시	(147)	48.3	28.6	8.8	9.5	4.1	-	0.7
	중소도시	(227)	38.8	34.4	10.6	10.6	2.6	3.1	-
	농어촌	(140)	45.7	21.4	15.0	11.4	4.3	1.4	0.7
장애 유형	외부	(461)	43.8	29.1	12.4	10.0	2.8	1.5	0.4
	내부	(14)	42.9	28.6	-	21.4	7.1	-	-
	발달	(11)	54.5	18.2	9.1	-	9.1	9.1	-
	정신	(28)	32.1	35.7	-	17.9	10.7	3.6	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	39.4	35.1	8.0	10.1	3.7	2.7	1.1
	비자발적 이유	(326)	45.7	25.8	13.2	10.7	3.4	1.2	-

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

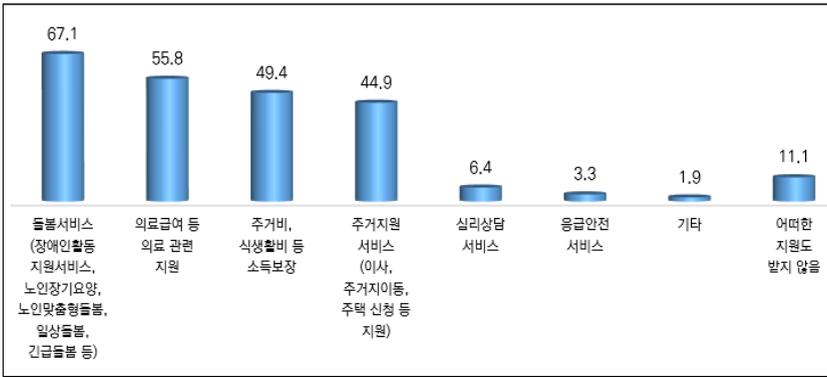
생애주기별로 봤을 때, 청년기에서 34.3%가 경제활동 및 경제 상황에 어려움을, 중장년기의 41.0%, 노년기의 47.9%가 건강에 어려움을 겪는다. 일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때 공통적으로 건강에 어려움을 겪는 비율이 높았으며, 건강상태가 양호하지 않은 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음), 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 건강에 대한 어려움의 비율이 상당히 높았다(1그룹: 48.0%, 3그룹: 50.5%).

지역별로는 공통적으로 건강에 어려움을 겪는 비율(대도시: 48.3%, 중소도시: 38.8%, 농어촌: 45.7%)이 높게 나타났다. 장애 유형별로도 정신

장애인을 제외하고 건강에 대한 어려움이 높은 수준(외부: 43.8%, 내부: 42.9%, 발달: 54.5%)이었다. 반면, 정신장애인 중 35.7%가 경제활동 및 경제 상황의 어려움이 높았다. 혼자 사는 이유가 자발적인 참여자 중 39.4%, 비자발적인 참여자 중 45.7%가 건강의 어려움이 있었다.

[그림 4-24] 1인 가구로서 정부에서 지원받는 것(복수응답)

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

<표 4-19> 1인 가구로서 정부에서 지원받는 것(복수응답)

(단위: 명, %)

구분	사례수	돌봄 서비스	의료 급여 등 의료 관련 지원	주거비, 식생활비 등 소득보장	주거 지원 서비스	어떠한 지원도 받지 않음	심리 상담 서비스	응급 안전 서비스	기타	
전체	(514)	67.1	55.8	49.4	44.9	11.1	6.4	3.3	1.9	
생애주기	청년기	(35)	62.9	37.1	42.9	42.9	8.6	22.9	2.9	2.9
	중장년기	(239)	72.4	59.0	52.3	49.0	6.7	7.5	4.2	1.3
	노년기	(240)	62.5	55.4	47.5	41.3	15.8	2.9	2.5	2.5
지원·건강 상태	(1)	(177)	78.5	61.6	54.2	46.9	4.5	7.9	5.6	-
	(2)	(191)	77.5	56.0	48.7	48.2	6.3	5.8	2.1	1.0

구분	사례수	돌봄 서비스	의료 급여 등 의료 관련 지원	주거비, 식생활비 등 소득 보장	주거 지원 서비스	어떠한 지원도 받지 않음	심리상담 서비스	응급안전 서비스	기타	
	(3)	(93)	46.2	57.0	47.3	39.8	18.3	7.5	2.2	4.3
	(4)	(53)	28.3	34.0	39.6	35.8	37.7	1.9	1.9	7.5
지역	대도시	(147)	58.5	49.0	40.8	25.9	20.4	1.4	2.0	1.4
	중소도시	(227)	67.8	60.8	53.7	57.3	6.2	9.3	1.8	2.6
	농어촌	(140)	75.0	55.0	51.4	45.0	9.3	7.1	7.1	1.4
장애 유형	외부	(461)	70.3	55.7	49.0	43.6	11.3	3.9	3.3	1.7
	내부	(14)	28.6	57.1	21.4	28.6	21.4	7.1	-	-
	발달	(11)	63.6	54.5	36.4	54.5	9.1	-	-	9.1
	정신	(28)	35.7	57.1	75.0	71.4	3.6	50.0	7.1	3.6
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	67.6	57.4	51.1	47.9	6.9	8.5	5.3	2.1
	비자발적 이유	(326)	66.9	54.9	48.5	43.3	13.5	5.2	2.1	1.8

- 주: 1. (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
(2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
(3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
(4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함
2. 정부지원을 받고 있는 1인 가구만 분석

출처: 연구진이 작성

전체 1인 가구 중에서 현재 정부에서 어떠한 형태의 서비스나 지원을 받는 경우는 전체의 88.9%로 어떠한 지원도 받지 않은 대상은 11.1% 수준이었다. 정부로부터 지원을 받고 있는 1인 가구의 주요 이용 서비스는 돌봄서비스로 전체의 67.1%가 돌봄 서비스를 이용하고 있었다. 다음으로 의료급여 등 의료 관련 지원(55.8%), 주거비, 식생활비 등 소득보장(49.4%), 주거 지원 서비스(44.9%), 심리상담 서비스(6.4%), 응급안전 서비스(3.3%) 순으로 나타났다.

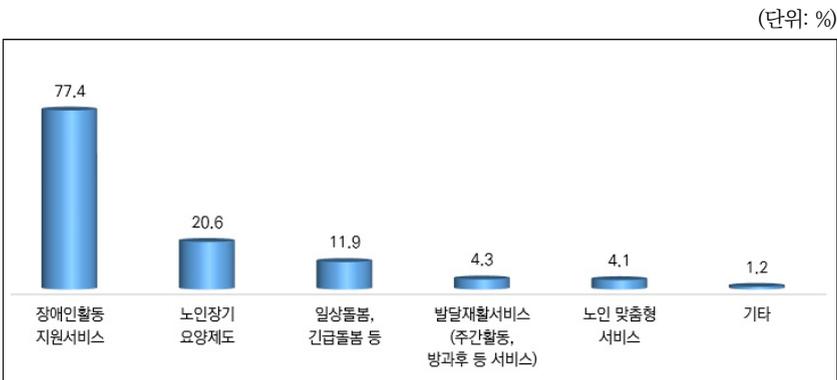
생애주기별로는 받는 서비스 중 돌봄 서비스는 모든 연령층에서 60% 이상으로 높았고(청년기: 62.9%, 중장년기: 72.4%, 노년기: 62.5%), 특

히 중장년기의 돌봄 서비스 이용률이 가장 높았다. 일상생활 지원정도와 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 78.5%가 돌봄 서비스를, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 57.0%가 의료급여 등 의료 관련 지원을 받는다. 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 77.5%가 돌봄 서비스를, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 39.6%가 주거비, 식생활비 등 소득보장을 받는다. 즉, 건강상태가 양호하지 않을수록 돌봄과 의료 관련 지원을 받고 있음을 알 수 있다.

장애 유형별로는 외부장애인의 70.3%, 발달장애인의 63.6%가 돌봄 서비스를 받으며, 내부장애인, 정신장애인의 57.1%가 의료급여 등 의료 관련 지원을 받는다. 혼자 사는 이유가 자발적인 참여자의 67.6%, 비자발적인 이유의 참여자의 66.9%가 돌봄 서비스를 받고 있음을 알 수 있다.

파. 1인 가구 이용 돌봄서비스

[그림 4-25] 주로 받고 있는 돌봄 서비스(복수응답)



출처: 연구진이 작성

〈표 4-20〉 주로 받고 있는 돌봄 서비스(복수응답)

(단위: 명, %)

구분		사례수	장애인 활동 지원 서비스	노인 장기 요양 제도	일상 돌봄, 긴급 돌봄	발달 재활 서비스 (주간 활동, 방과후 등)	노인 맞춤형 서비스	기타
전체		(345)	77.4	20.6	11.9	4.3	4.1	1.2
생애주 기	청년기	(22)	95.5	4.5	4.5	4.5	-	-
	중장년기	(173)	90.8	5.8	6.9	4.6	0.6	1.7
	노년기	(150)	59.3	40.0	18.7	4.0	8.7	0.7
지원· 건강 상태	(1)	(139)	80.6	19.4	9.4	5.8	2.9	0.7
	(2)	(148)	84.5	16.2	8.1	3.4	2.7	0.7
	(3)	(43)	48.8	30.2	30.2	4.7	9.3	4.7
	(4)	(15)	60.0	46.7	20.0	-	13.3	-
지역	대도시	(86)	68.6	22.1	7.0	3.5	2.3	2.3
	중소도시	(154)	80.5	18.8	10.4	4.5	3.9	-
	농어촌	(105)	80.0	21.9	18.1	4.8	5.7	1.9
장애 유형	외부	(324)	77.2	21.3	11.1	4.3	4.3	1.2
	내부	(4)	50.0	25.0	50.0	-	-	-
	발달	(7)	71.4	14.3	28.6	14.3	-	-
	정신	(10)	100.0	-	10.0	-	-	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(127)	80.3	22.8	9.4	5.5	1.6	0.8
	비자발적 이유	(218)	75.7	19.3	13.3	3.7	5.5	1.4

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

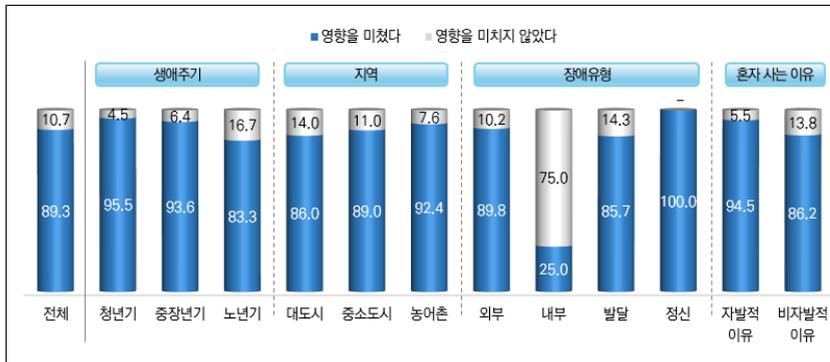
출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구가 주로 이용하고 있는 돌봄 서비스는 활동지원서비스(77.4%), 다음으로 노인장기요양제도 20.6%였다. 이 외에 일상돌봄이나 긴급돌봄(11.9%), 발달재활서비스(4.3%), 노인 맞춤형 서비스(4.1%)도 일부 이용하고 있었다.

생애주기별로는 청년기 장애인의 95.5%가 활동지원서비스를 이용하고 있었고, 노년기 1인 가구의 노인장기요양제도 이용률은 40.0%였다. 지역별로는 중소도시와 농어촌 지역의 1인 가구의 활동지원제도 이용률이 각각 80.5%, 80.0%로 대도시(68.6%)보다 높았다. 일상생활 지원정도와 신체적 건강상태 고려 시, 장애인 활동지원 서비스 이용자는 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)(84.5%)이 가장 높았고, 다음으로 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)(80.6%), 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)(60.0%), 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)(48.8%) 순이었다. 이는 장애인활동지원제도 선정 과정에서의 주요 기준이 건강상태가 아닌 기능상태에 준하여 평가하기 때문으로 추측된다. 장애 유형별로는 정신장애인이 100.0%로 활동 지원 서비스 이용률이 가장 높았으며, 혼자 사는 이유별로는 자발적 이유(80.3%)가 비자발적 이유(75.7%)보다 다소 높은 활동지원서비스 이용률을 나타냈다.

[그림 4-26] 돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

〈표 4-21〉 돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	(1) 매우 영향을 미쳤다	(2) 약간 영향을 미쳤다	(3) 별로 영향을 미치지 않았다	(4) 전혀 영향을 미치지 않았다	평균 (점)	
전체	(345)	63.2	26.1	8.4	2.3	1.50	
생애주기	청년기	(22)	72.7	22.7	4.5	-	1.32
	중장년기	(173)	71.7	22.0	4.0	2.3	1.37
	노년기	(150)	52.0	31.3	14.0	2.7	1.67
지원· 건강 상태	(1)	(139)	67.6	23.7	7.9	0.7	1.42
	(2)	(148)	69.6	23.6	4.7	2.0	1.39
	(3)	(43)	30.2	39.5	20.9	9.3	2.09
	(4)	(15)	53.3	33.3	13.3	-	1.60
지역	대도시	(86)	65.1	20.9	9.3	4.7	1.53
	중소도시	(154)	66.2	22.7	10.4	0.6	1.45
	농어촌	(105)	57.1	35.2	4.8	2.9	1.53
장애 유형	외부	(324)	63.9	25.9	7.7	2.5	1.49
	내부	(4)	25.0	-	75.0	-	2.50
	발달	(7)	28.6	57.1	14.3	-	1.86
	정신	(10)	80.0	20.0	-	-	1.20
혼자 사는 이유	자발적 이유	(127)	72.4	22.0	3.9	1.6	1.35
	비자발적 이유	(218)	57.8	28.4	11.0	2.8	1.59

주: 1. (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

2. (1) 매우 영향(활동지원제도·노인장기요양제도를 알게 되면서 혼자 사는 것을 결정)
 (2) 약간 영향(활동지원제도·노인장기요양제도를 알게 되면서 혼자 사는 것을 생각)
 (3) 약간 영향(활동지원제도·노인장기요양제도 이용과 관련 없이 혼자 삼)
 (4) 전혀 아님(활동지원제도·노인장기요양제도와 상관 없이 혼자 삼)

출처: 연구진이 작성

돌봄 서비스의 이용이 장애인 1인 가구 생활에 영향을 준 정도를 물었을 때, 전체 응답자 중 89.3%가 긍정적 영향을 주었다고 응답하였다. 생애주기별로는 청년기 95.5%가 영향을 준다고 응답하였고, 노년기는

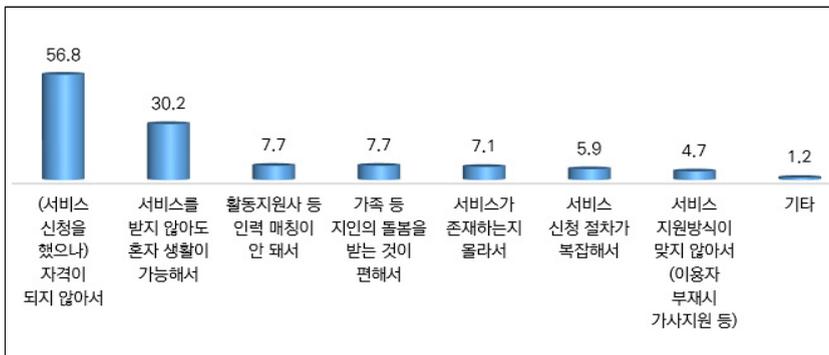
83.3%로 상대적으로 낮았으나 '전혀 영향 없음' 응답률이 16.7%로 다른 생애주기보다 높았다. 이는 노년기의 경우, 장애인활동지원제도 이용이 홀로 생활하는 것과 관련이 없다는 의미이다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강 상태를 고려하였을 때, 1그룹(67.6%), 2그룹(69.6%)에서 매우 영향을 미쳤다고 응답한 반면, 3그룹은 39.5%가 약간 영향을 미쳤고, 4그룹의 53.3%가 매우 영향을 미쳤다고 응답하여 조사 참여자 중 상당수가 돌봄 서비스가 이들의 생활에 긍정적인 영향을 주었다고 응답하였다.

장애 유형별로는 정신장애인이 100.0%로 가장 높은 긍정 응답률을 보였다. 반면, 내부장애인의 75.0% 정도가 영향을 미치지 않았다고 응답하였다. 이는 내부장애의 장애 발생 연령과 관련이 있는 것으로 노년기에 주로 발생하는 내부장애인에게 있어 돌봄서비스는 이들의 생활에 영향을 미치지 않는 것으로 이해된다. 혼자 사는 이유에서는 자발적 이유(94.5%)가 비자발적 이유(86.2%)보다 영향을 준 정도가 높았다. 즉, 돌봄서비스가 있어 1인 가구 생활을 긍정적으로 시작했다고 할 수 있다.

[그림 4-27] 돌봄 서비스를 받지 않는 이유(복수응답)

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

〈표 4-22〉 돌봄 서비스를 받지 않는 이유(복수응답)

(단위: 명, %)

구분	사례수	자격 되지 않음	혼자 생활 가능	인력 매칭 어려움	가족 지인 돌봄	서비스 몰라서	신청 절차 복잡 해서	지원 방식 맞지 않음	기타	
전체	(169)	56.8	30.2	7.7	7.7	7.1	5.9	4.7	1.2	
생애주기	청년기	(13)	46.2	30.8	7.7	15.4	15.4	-	-	-
	중장년기	(66)	59.1	30.3	7.6	7.6	4.5	4.5	4.5	-
	노년기	(90)	56.7	30.0	7.8	6.7	7.8	7.8	5.6	2.2
지원· 건강 상태	(1)	(38)	36.8	28.9	10.5	15.8	10.5	10.5	2.6	2.6
	(2)	(43)	46.5	39.5	9.3	9.3	9.3	7.0	2.3	-
	(3)	(50)	70.0	22.0	6.0	2.0	6.0	6.0	8.0	2.0
	(4)	(38)	71.1	31.6	5.3	5.3	2.6	-	5.3	-
지역	대도시	(61)	44.3	36.1	4.9	6.6	14.8	8.2	9.8	1.6
	중소도시	(73)	60.3	30.1	6.8	8.2	2.7	4.1	1.4	-
	농어촌	(35)	71.4	20.0	14.3	8.6	2.9	5.7	2.9	2.9
장애 유형	외부	(137)	54.0	29.9	8.8	8.0	8.0	7.3	5.8	1.5
	내부	(10)	90.0	10.0	-	-	-	-	-	-
	발달	(4)	25.0	75.0	-	-	-	-	-	-
	정신	(18)	66.7	33.3	5.6	11.1	5.6	-	-	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(61)	57.4	31.1	9.8	14.8	4.9	1.6	1.6	-
	비자발적 이유	(108)	56.5	29.6	6.5	3.7	8.3	8.3	6.5	1.9

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

돌봄 서비스를 받지 않는 이유에서는 서비스 수급 자격이 되지 않아서라는 응답이 56.8%로 가장 높았다. 다음으로 서비스를 받지 않아도 혼자 생활이 가능해서(30.2%), 활동지원사 등 인력 매칭이 안 돼서(7.7%), 가족 등 지인의 돌봄을 받는 것이 편해서(7.7%), 서비스가 존재하는지 몰라서(7.1%), 서비스 신청 절차가 복잡해서(5.9%), 서비스 지원방식이 맞지

않아서(4.7%) 순이었다.

생애주기별로는 청년기가 '자격이 되지 않아서'의 응답이 46.2%로 상대적으로 낮았고, 다음으로 '혼자 생활이 가능해서'가 30.8%로 나타났다. 중장년기는 '자격이 되지 않아서'가 59.1% 노년기는 56.7%였다. 지역별로는 대도시의 경우 '자격이 되지 않아서'의 이유로 돌봄서비스를 이용하지 않음(44.3%)인 반면, '서비스가 존재하는지 몰라서'는 14.8%로 다른 지역보다 높았다. 농어촌 지역은 '자격이 되지 않아서'가 71.4%로 가장 높아 지역 간 응답 격차가 두드러졌다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 36.8%, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 46.5%가 '서비스를 신청했으나 자격이 되지 않아서'가 높았고, 지원의 필요가 낮은 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 70%, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 71.1%가 '자격이 되지 않아서'의 사유가 월등히 높았다.

장애 유형별로는 내부 장애인과 발달장애인이 각각 90.0%, 25.0%로 '자격이 되지 않아서'의 이유에서 큰 차이를 보였다. 특히 발달장애인 중 75.0%는 '혼자서 생활이 가능해서'로 응답하였다. 혼자 사는 이유에서는 각각이 '자격이 되지 않아서'에서 비슷한 응답률(57.4%, 56.5%)을 보였다.

〈표 4-23〉 서비스 만족도

(단위: 명, %, 점)

구분	사례수	매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족	만족	불만족	평균 (점)	
전체	(457)	19.7	46.4	28.2	5.3	0.4	66.1	5.7	2.20	
생애 주기	청년기	(32)	28.1	46.9	21.9	3.1	-	75.0	3.1	2.00
	중장년기	(223)	22.9	48.0	24.2	4.9	-	70.9	4.9	2.11
	노년기	(202)	14.9	44.6	33.7	5.9	1.0	59.4	6.9	2.34
지원·건강 상태	(1)	(169)	17.2	47.9	27.8	7.1	-	65.1	7.1	2.25
	(2)	(179)	27.9	49.7	18.4	3.4	0.6	77.7	3.9	1.99
	(3)	(76)	9.2	40.8	40.8	7.9	1.3	50.0	9.2	2.51
	(4)	(33)	12.1	33.3	54.5	-	-	45.5	-	2.42
지역	대도시	(117)	17.9	47.9	25.6	7.7	0.9	65.8	8.5	2.26
	중소도시	(213)	16.4	48.4	29.6	5.6	-	64.8	5.6	2.24
	농어촌	(127)	26.8	41.7	28.3	2.4	0.8	68.5	3.1	2.09
장애 유형	외부	(409)	20.8	46.5	26.7	5.6	0.5	67.2	6.1	2.19
	내부	(11)	-	18.2	72.7	9.1	-	18.2	9.1	2.91
	발달	(10)	20.0	50.0	30.0	-	-	70.0	-	2.10
	정신	(27)	11.1	55.6	33.3	-	-	66.7	-	2.22
혼자 사는 이유	자발적 이유	(175)	20.0	54.3	22.9	2.9	-	74.3	2.9	2.09
	비자발적 이유	(282)	19.5	41.5	31.6	6.7	0.7	61.0	7.4	2.28

- 주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

생애주기별 현재 이용하고 있는 서비스에 대한 만족도는 청년기 75.0%, 중장년기 70.9%, 노년기 59.4%가 만족(매우 만족+만족)으로 응답하여, 청년기의 서비스 만족도가 다른 연령에 비해 높았다. 지역별로는 대도시의 65.8%, 중소도시의 64.8%, 농어촌의 68.5%가 서비스에 만족(매우 만족+만족)하였다. 일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 1그룹 만족도 점수가 2.25점, 2그룹이 1.99점, 3그룹이 2.51

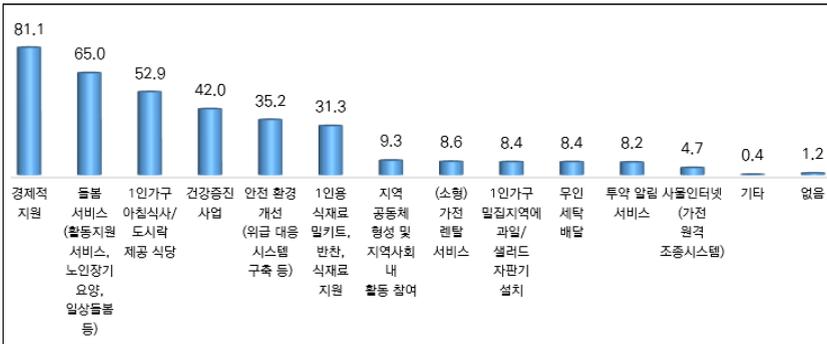
점 그리고 4그룹이 2.42점으로 나타났다. 2그룹에서 만족도가 다른 그룹보다 낮게 나타났다.

장애 유형별로는 발달장애인의 서비스 만족도가 전체 중 70%로 가장 높았으며, 혼자 사는 이유가 자발적인 참여자의 만족도가 74.3%로 높게 나타났다.

하. 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원

[그림 4-28] 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원(복수응답)

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

<표 4-24> 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원(복수응답)

(단위: 명, %)

구분	사례수	경제적 지원	돌봄 서비스	아침식사/도시락 제공 식당	건강 증진 사업	안전 환경 개선	식재료 밀키트, 반찬, 식재료 지원	지역내 활동 참여	
전체	(514)	81.1	65.0	52.9	42.0	35.2	31.3	9.3	
생애 주기	청년기	(35)	82.9	37.1	45.7	37.1	34.3	42.9	17.1
	중장년기	(239)	82.8	71.1	52.3	42.3	35.1	36.4	10.5
	노년기	(240)	79.2	62.9	54.6	42.5	35.4	24.6	7.1

구분	사례수	경제적 지원	돌봄 서비스	아침식사/ 도시락 제공 식당	건강 증진 사업	안전 환경 개선	식재료 밀키트, 반찬, 식재료 지원	지역내 활동 참여	
지원·건강 상태	(1)	(177)	81.4	72.9	54.8	46.9	35.0	32.2	7.3
	(2)	(191)	82.2	70.7	47.1	35.6	40.3	28.8	11.0
	(3)	(93)	82.8	54.8	53.8	46.2	25.8	37.6	9.7
	(4)	(53)	73.6	35.8	66.0	41.5	34.0	26.4	9.4
지역	대도시	(147)	71.4	66.7	38.8	32.7	16.3	34.0	4.1
	중소도시	(227)	87.7	62.6	61.2	46.3	44.1	34.8	9.7
	농어촌	(140)	80.7	67.1	54.3	45.0	40.7	22.9	14.3
장애 유형	외부	(461)	80.0	67.0	51.2	40.3	34.9	29.3	9.1
	내부	(14)	85.7	50.0	78.6	64.3	28.6	28.6	7.1
	발달	(11)	81.8	54.5	63.6	18.2	36.4	45.5	-
	정신	(28)	96.4	42.9	64.3	67.9	42.9	60.7	17.9
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	82.4	55.9	50.0	35.6	40.4	31.4	11.7
	비자발적 이유	(326)	80.4	70.2	54.6	45.7	32.2	31.3	8.0

(계속)

구분	사례수	(소형) 가전 렌탈 서비스	무인 세탁 배달	투약 알림 서비스	1인 가구 밀집 지역에 과일/샐러드 자판기 설치	사물 인터넷 (가전 원격 조종 시스템)	기타	없음	
전체	(514)	8.6	8.4	8.2	8.4	4.7	0.4	1.2	
생애 주기	청년기	(35)	5.7	11.4	5.7	22.9	5.7	-	-
	중장년기	(239)	10.5	9.2	5.9	10.0	7.5	0.4	0.4
	노년기	(240)	7.1	7.1	10.8	4.6	1.7	0.4	2.1
지원·건강 상태	(1)	(177)	9.0	10.2	7.9	7.3	7.3	-	0.6
	(2)	(191)	7.9	8.9	5.2	8.4	5.2	0.5	1.0
	(3)	(93)	7.5	7.5	11.8	10.8	1.1	-	-
	(4)	(53)	11.3	1.9	13.2	7.5	-	1.9	5.7
지역	대도시	(147)	2.7	4.8	1.4	3.4	2.0	0.7	3.4
	중소도시	(227)	11.0	9.7	7.5	13.7	5.7	-	-
	농어촌	(140)	10.7	10.0	16.4	5.0	5.7	0.7	0.7

구분	사례수	(소형)가전 렌탈 서비스	무인 세탁 배달	투약 알림 서비스	1인 가구 밀집 지역에 과일/샐러드 자판기 설치	사물 인터넷 (가전 원격 조종 시스템)	기타	없음	
장애 유형	외부	(461)	8.5	7.6	7.8	6.7	5.0	0.4	1.1
	내부	(14)	7.1	14.3	14.3	7.1	-	-	-
	발달	(11)	-	18.2	18.2	9.1	-	-	9.1
	정신	(28)	14.3	14.3	7.1	35.7	3.6	-	-
혼자 사는 이유	자발적 이유	(188)	8.5	9.0	6.4	12.8	3.2	-	1.6
	비자발적 이유	(326)	8.6	8.0	9.2	5.8	5.5	0.6	0.9

주: (1) 일상생활지원 정도가 높고, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (2) 일상생활지원 정도가 높지만, 신체적 건강상태는 양호함
 (3) 일상생활지원 정도는 낮지만, 신체적 건강상태가 양호하지 않음
 (4) 일상생활지원 정도가 낮고, 신체적 건강상태가 양호함

출처: 연구진이 작성

어려움을 해결하기 위해 필요한 지원으로 경제적 지원이 81.1%로 가장 높았고, 다음으로 돌봄 서비스(65.0%), 1인 가구 아침식사/도시락 제공 식당(52.9%), 건강증진 사업(42.0%), 안전 환경 개선(35.2%), 1인용 식재료 밀키트, 반찬, 식재료 지원(31.3%), 지역 공동체 형성 및 지역사회 내 활동 참여(9.3%), (소형)가전 렌탈 서비스(8.6%), 1인 가구 밀집지역에 과일/샐러드 자판기 설치(8.4%), 무인 세탁 배달(8.4%), 투약 알림 서비스(8.2%), 사물 인터넷(4.7%), 없음(1.2%) 순으로 나타났다. 장애인 1인 가구의 주된 욕구가 경제적 지원과 돌봄서비스임을 알 수 있다.

생애주기별로 필요한 지원을 봤을 때, 청년기에서 ‘경제적 지원’이 82.9%로 가장 높은 욕구로 나타났고, 중장년기에는 ‘경제적 지원’ 82.8%, ‘돌봄 서비스’ 71.1%, ‘1인 가구 아침식사/도시락 제공 식당’이 52.3% 순이었다. 노년기에서도 ‘경제적 지원’ 79.2%, ‘돌봄 서비스’ 62.9%, ‘1인 가구 아침식사/도시락 제공 식당’ 54.6% 순이었다. 즉, 중

장년기와 노년기에는 경제적 지원뿐만 아니라, 돌봄과 식사 지원 욕구가 높음을 알 수 있다.

일상생활 지원정도와 신체적 건강상태를 고려하였을 때, 모든 그룹에서 경제적 지원에 욕구가 높게 나타났다. 또한, 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 72.9%, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 70.7%, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 54.8%가 돌봄 서비스에, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 66.0%가 1인 가구 아침식사/도시락 제공 식당에 대한 욕구를 나타내었다. 그 외에도 1그룹(지원정도 높음·건강상태 양호하지 않음)의 10.2%, 2그룹(지원정도 높음·건강상태 양호)의 8.9%가 무인 세탁 배달, 3그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호하지 않음)의 11.8%, 4그룹(지원정도 낮음·건강상태 양호)의 13.2%가 투약 알림 서비스에 대한 욕구를 나타내었다.

지역별로는 대도시에서는 ‘경제적 지원’(71.4%), ‘돌봄 서비스’(66.7%), 중소도시에서는 ‘경제적 지원’(87.7%), ‘돌봄 서비스’(62.6%), 농어촌 지역에서는 ‘경제적 지원’(80.7%), ‘돌봄 서비스’(67.1%) 순으로 지역별 경제적 지원과 돌봄서비스의 욕구 비율에 차이가 있었다.

장애 유형별로는 내부 장애인은 ‘1인 가구 아침식사/도시락 제공 식당’에 대한 욕구가 78.6%로 높아 내부 장애인의 해당 서비스에 대한 욕구가 두드러지는 것을 확인할 수 있었다. 이 외에 ‘1인용 식재료 밀키트, 반찬, 식재료 지원’에 대해서는 발달장애인(45.5%), 정신장애인(60.7%)의 응답률이 높았다.

제2절 1인 가구와 킨리스(Kinlessness) 현황

장애인 1인 가구 실태조사 응답자 514명의 킨리스(Kinlessness) 현황을 분석하였다. 킨리스를 어떻게 정의하느냐에 따라 응답자 빈도가 다르며, 선행 연구에서 제시한 정의를 활용하여 킨리스 특성을 확인하였다.

첫째, Verdery et al.(2019)가 제시한 가족의 부재 정의를 활용하였다. ‘고령(50세 이상) 인구 중 배우자와 자녀 없음’으로 정의하였으며, 응답자 514명 중 총 16명(3.1%)⁶⁾이 킨리스 장애인이다. Verdery et al.(2019)의 정의를 확장한다면 부모의 부재와 형제·자매의 부재까지를 고려할 수 있다. 킨리스 대상인 16명 중 부와 모가 부재(사망)한 사례를 포함하면 총 15명이다. 이들 중 형제·자매가 부재한 사례까지 포함하면 총 2명이다.

둘째, 기능적 킨리스(Functional Kinlessness)를 활용하였다. Verdery et al.(2019)이 제시한 전통적 킨리스는 살아있는 가족의 부재를 의미하나, 장애인 1인 가구는 친족이 존재하여도 실질적으로 지원을 받지 못하는 경우가 많다. 본 연구에서는 기능적 차원에서 ‘가족과의 교류 부재’를 기능적 킨리스로 조작화하였으며, 이는 가족의 사망, 위탁보호, 연락 단절 등을 포괄한다. 가족과의 교류 여부 문항에 응답한 476명 중 ‘전혀 교류하지 않음’으로 응답한 이들은 141명(29.6%)이었다. 이들 중 부모 모두 사망한 경우는 122명(86.5%)이었으며, 부모와의 관계가 단절된 응답자는 아버지 단절 1명, 어머니 단절 3명으로 나타났다.

셋째, 가족 지원 결핍 상태를 고려하였다. 가족과 자주 교류하나 경제적·정서적 지원을 전혀 받지 않는 응답자는 476명 중 25명(5.3%)으로 나

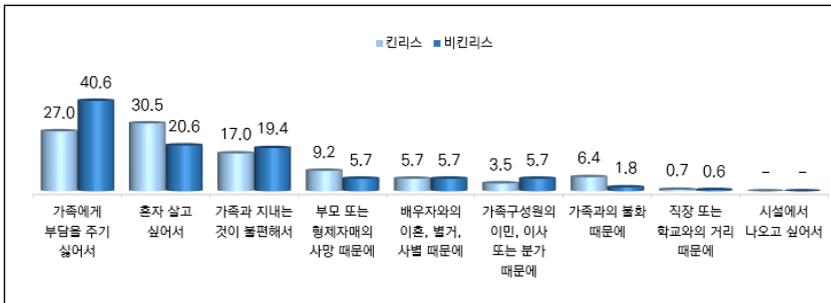
6) 응답자 514명 중 50대 이상이며, 과거 결혼을 하였으나 현재 배우자가 사별·별거, 자녀가 없음으로 응답한 사례이다. 이들 중 부모와 형제자매가 부재한 사례까지 포함하여 선정하였다.

타났다. 이는 ‘자주 교류함’ 또는 ‘매우 자주 교류함’이라고 응답한 141명 중 25명(17.7%)에 해당한다. 이들은 기능적 킨리스 상태는 아니지만, 실질적 가족 지원이 부재하다는 점에서 유사한 취약성을 보일 수 있다.

첫 번째와 세 번째 정의는 표본 수가 제한적이다. 따라서 본 연구에서는 기능적 킨리스 대상인 가족과의 교류 여부 문항에 응답한 476명을 최종 분석 대상으로, 킨리스 응답자(141명)와 비킨리스 응답자(335명)의 특성을 비교하였다.

[그림 4-29] 혼자 사는 이유 1순위

(단위: %)



$\chi^2(8) = 53.87, p = .000$

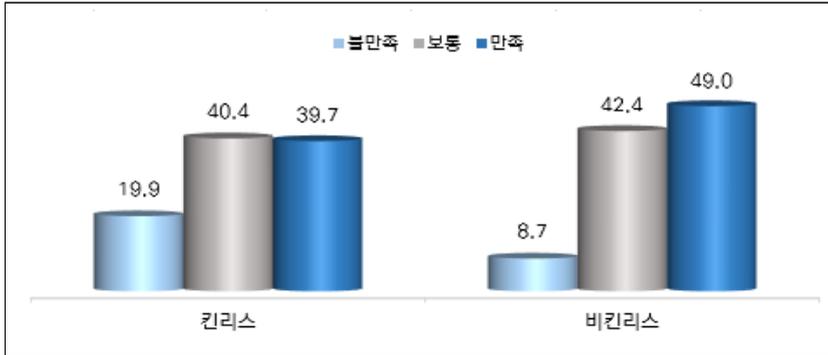
출처: 연구진이 작성

킨리스 응답자(141명)와 비응답자(335명)의 혼자 사는 이유를 비교하였을 때, ‘가족에게 부담을 주기 싫어서’의 응답에 차이가 상당함을 알 수 있다. 킨리스 응답자의 27.0%, 비킨리스 응답자의 40.6%가 가족에게 부담을 주기 싫어서라는 응답을 하였다. 반면에, 킨리스 응답자의 30.5%는 혼자 사는 이유를 단순히 혼자 살고 싶어서라고 응답하였고 이는 비킨리스 응답자와의 차이가 있었다.

202 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

[그림 4-30] 삶에 대한 만족도

(단위: %)

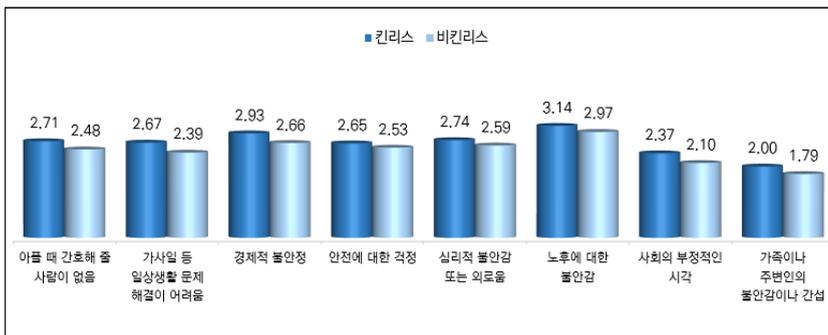


$\chi^2(4) = 14.83, p = .005$
출처: 연구진이 작성

킨리스 응답자와 비킨리스 응답자의 삶의 만족도 차이는 상당함을 알 수 있다. 킨리스 응답자 중 삶에 만족한다는 응답은 39.7%, 비킨리스 응답자 중에서는 49.0%로 비킨리스 응답자의 삶의 만족도가 더 높음으로 나타났다.

[그림 4-31] 일상생활에서의 어려움 정도(전체)

(단위: 점, Mean)



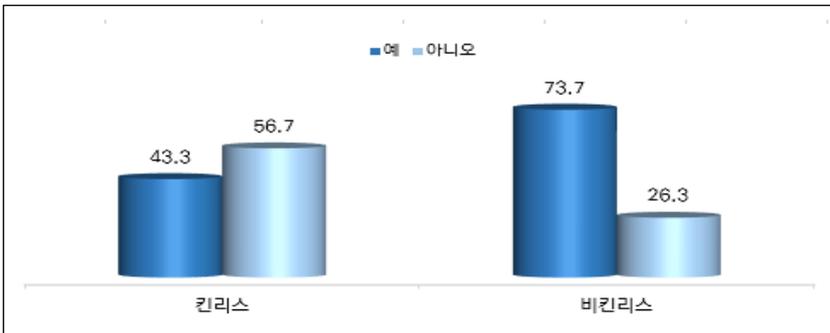
문항	카이검정 값
아플 때 간호해 줄 사람이 없음	$\chi^2(3) = 6.75, p = .080$
가사일 등 일상생활 문제 해결이 어려움	$\chi^2(3) = 11.24, p = .011$
경제적 불안정	$\chi^2(3) = 12.14, p = .007$
안전에 대한 걱정	$\chi^2(3) = 4.85, p = .183$
심리적 불안감 또는 외로움	$\chi^2(3) = 4.63, p = .201$
노후에 대한 불안감	$\chi^2(3) = 10.76, p = .013$
사회의 부정적인 시각	$\chi^2(3) = 14.97, p = .002$
가족이나 주변인의 불안감이나 간섭	$\chi^2(3) = 12.84, p = .005$

주 1: 카이검정은 범주형 변수들 간의 관련성에 대한 검증방법이지만 전체 문항을 표기하기 위해 각 문항의 전체 평균을 그래프에서 사용함
 주 2: 4점 척도이며 4점에 가까울수록 어려움
 출처: 연구진이 작성

일상생활에서의 어려움 점수를 봤을 때, 사회의 부정적인 시각이란 응답에서 상당한 차이($\chi^2(3) = 14.97, p = .002$)가 나타났다(킨리스: 2.37 점, 비킨리스: 2.1 점). 다음으로 가족이나 주변인의 불안감이나 간섭이라는 응답에서는 킨리스가 2.0 점, 비킨리스가 1.79 점으로 나타났다($\chi^2(3) = 12.84, p = .005$).

[그림 4-32] 의료기관 방문 시 보호자 동의를 위한 가족 여부

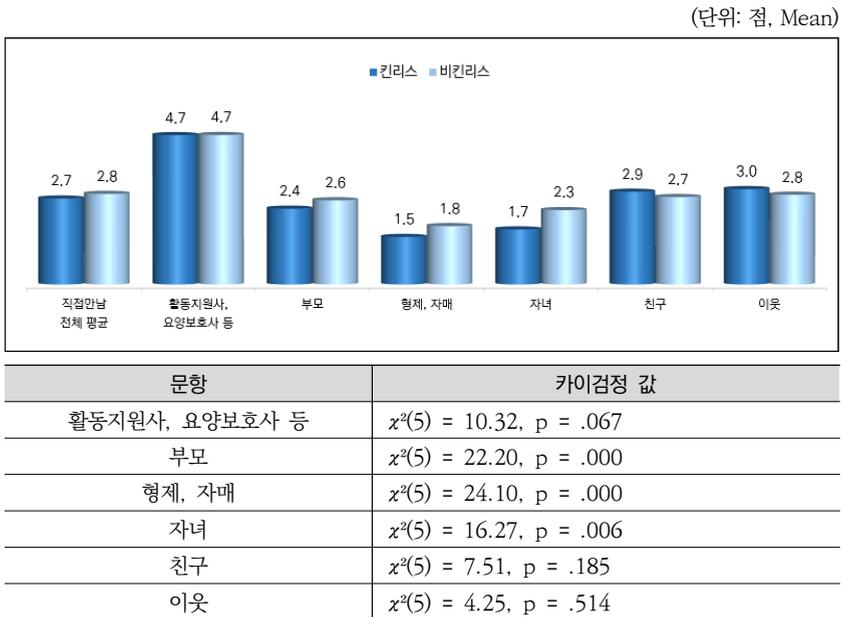
(단위: %)



$\chi^2(1) = 40.34, p = .000$
 출처: 연구진이 작성

의료기관 방문 시 보호자 동의를 위해 부를 수 있는 가족이 있는지 여부를 봤을 때, 킨리스 집단에서 부를 수 있는 가족이 없다는 응답이 높음을 알 수 있다. 구체적으로, 킨리스 응답자 중 56.7%가 '아니오'로 응답하였으며 집단 간 차이는 상당히 유의미하게 나타났다($\chi^2(1) = 40.34, p = .000$).

[그림 4-33] 1인 가구의 사회적 관계망_직접 만남(요약)



주 1: 카이검정은 범주형 변수들 간의 관련성에 대한 검증방법이지만 전체 문항을 표기하기 위해 각 문항의 전체 평균을 그래프에서 사용함

주 2: 5점 '하루 한 번 이상', 4점 '일주일에 한 번 이상', 3점 '이주일에 한 번 이상', 2점 '한 달에 한 번 이상', 1점 '월 1회 이하(간접적 또는 명절 등에만)'으로 측정하여 5점에 가까울수록 자주 연락하는 관계임

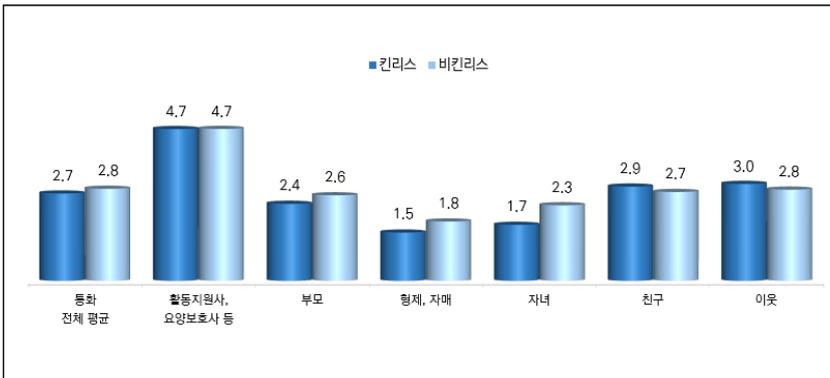
출처: 연구진이 작성

1인 가구의 사회적 관계망에 있어서 부모, 형제, 자매, 자녀와의 직접 만남 빈도는 일부 문항에서 집단 간 차이가 상당히 유의미하였다. 킨리스

응답자와 비킨리스 응답자의 부모 만남의 빈도는 평균 2.4점, 2.6점으로, 형제, 자매 만남의 빈도는 1.5점, 1.8점으로, 자녀 만남의 수준은 1.7점, 2.3점으로 낮은 수준으로 나타났다.

[그림 4-34] 1인 가구의 사회적 관계망_통화(요약)

(단위: 점, Mean)



문항	카이검정 값
활동지원사, 요양보호사 등	$\chi^2(5) = 6.03, p = .303$
부모	$\chi^2(5) = 24.47, p = .000$
형제, 자매	$\chi^2(5) = 20.71, p = .001$
자녀	$\chi^2(5) = 11.58, p = .041$
친구	$\chi^2(5) = 7.34, p = .197$
이웃	$\chi^2(5) = 2.74, p = .741$

주 1: 카이검정은 범주형 변수들 간의 관련성에 대한 검증방법이지만 전체 문항을 표기하기 위해 각 문항의 전체 평균을 그래프에서 사용함

주 2: 5점 '하루 한 번 이상', 4점 '일주일에 한 번 이상', 3점 '이주일에 한 번 이상', 2점 '한 달에 한 번 이상', 1점 '월 1회 이하(간접적 또는 명절 등에만)'으로 측정하여 5점에 가까울수록 자주 연락하는 관계임

출처: 연구진이 작성

1인 가구의 사회적 관계망에 있어서 부모, 형제, 자매, 자녀와의 통화 빈도는 일부 문항에서 집단 간 차이가 상당히 유의미하였다. 킨리스 응답자와 비킨리스 응답자의 부모와의 통화 빈도는 2.4점, 2.6점으로, 형제,

자매와의 통화 빈도는 1.5점, 1.8점으로, 자녀와의 통화 빈도는 1.7점, 2.3점으로 낮은 수준으로 나타났다.

[그림 4-35] 1인 가구의 사회적 관계망_문자 또는 인터넷(요약)

(단위: 점, Mean)



문항	카이검정 값
활동지원사, 요양보호사 등	$\chi^2(5) = 5.71, p = .336$
부모	$\chi^2(5) = 29.20, p = .000$
형제, 자매	$\chi^2(5) = 19.61, p = .001$
자녀	$\chi^2(5) = 11.16, p = .048$
친구	$\chi^2(5) = 4.87, p = .432$
이웃	$\chi^2(5) = 3.71, p = .592$

주 1: 카이검정은 범주형 변수들 간의 관련성에 대한 검증방법이지만 전체 문항을 표기하기 위해 각 문항의 전체 평균을 그래프에서 사용함

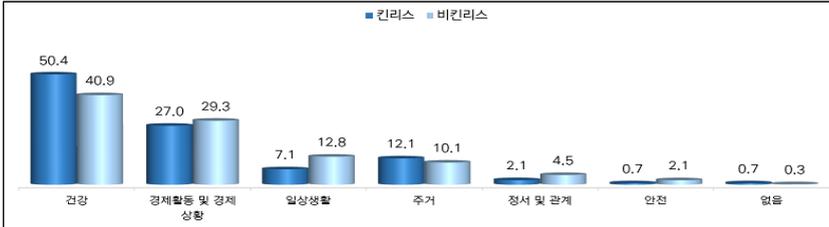
주 2: 5점 '하루 한 번 이상', 4점 '일주일에 한 번 이상', 3점 '이주일에 한 번 이상', 2점 '한 달에 한 번 이상', 1점 '월 1회 이하(간접적 또는 명절 등에만)'으로 측정하여 5점에 가까울수록 자주 연락하는 관계임

출처: 연구진이 작성

1인 가구의 사회적 관계망에 있어서 부모, 형제, 자매, 자녀와의 문자 또는 인터넷 빈도는 일부 문항에서 집단 간 차이가 상당히 유의미하였다. 킨리스 응답자와 비킨리스 응답자의 부모와의 문자 또는 인터넷 빈도는 1.2점, 2.6점으로, 형제, 자매와의 문자 또는 인터넷 빈도는 1.8점, 2.2점으로, 자녀와의 문자 또는 인터넷 빈도는 2.1점, 2.7점으로 낮은 수준으로 나타났다.

[그림 4-36] 어려운 생활영역 1순위

(단위: %)



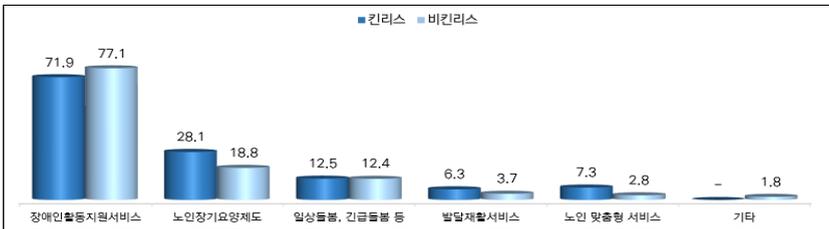
$\chi^2(6) = 8.47, p = .206$

출처: 연구진이 작성

1인 가구의 어려운 생활영역(1순위)에 있어 킨리스 응답자 중 50.4%가 건강에 어려움이 있다. 비킨리스 응답자 중에 40.9% 또한 건강에 어려움이 있다. 반면, 경제활동 및 경제상황에서는 비킨리스 응답자의 29.3%가 어려움을 겪으며, 킨리스 응답자의 27.0%가 어려움을 겪는다. 다만, 집단 간의 차이는 유의미하지 않게 나타났다($\chi^2(6) = 8.47, p = .206$).

[그림 4-37] 주로 받고 있는 돌봄 서비스

(단위: %)



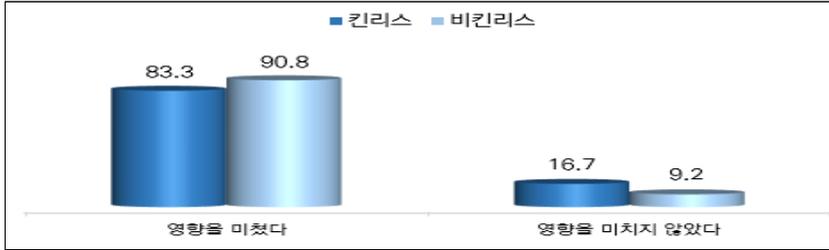
출처: 연구진이 작성

1인 가구가 주로 받고 있는 돌봄 서비스에서 장애인활동지원서비스가 상당한 비중을 차지한다. 킨리스 응답자의 71.9%, 비킨리스 응답자의

77.1%가 장애인활동지원서비스를 이용하고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-38] 돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도

(단위: %)



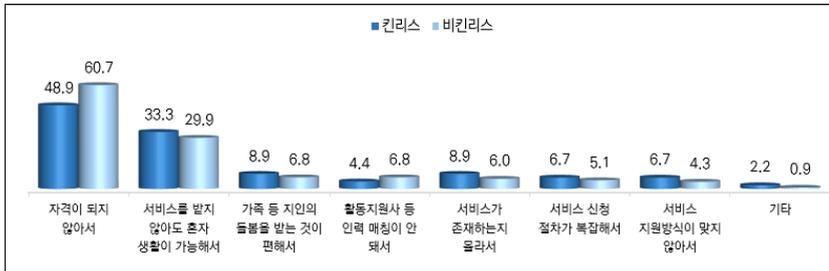
$\chi^2(3) = 5.523, p = .137$

출처: 연구진이 작성

돌봄 서비스 이용이 1인 가구 생활에 영향을 준 정도를 봤을 때, 킨리스 응답자의 83.3%는 영향을 미쳤다고 응답하였으며, 비킨리스 응답자의 90.8%가 그러하다고 응답하였다. 다만, 집단 간의 차이는 유의미하지 않게 나타났다($\chi^2(3) = 5.523, p = .137$).

[그림 4-39] 돌봄 서비스를 받지 않는 이유

(단위: %)



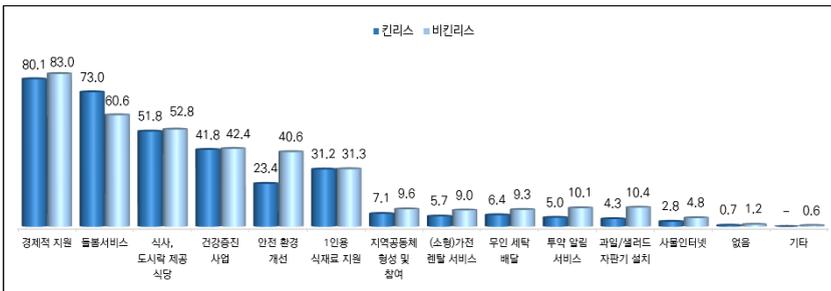
출처: 연구진이 작성

1인 가구로 살아가면서 정부로부터 어떠한 지원을 받는지의 문항에 돌봄 서비스를 받지 않는다고 응답한 대상의 주된 이유는 다음과 같다. 킨

리스 응답자의 48.9%, 비킨리스 응답자의 60.7%가 자격이 되지 않아서 라고 응답하였다. 반면, 킨리스 응답자의 33.3%, 비킨리스 응답자의 29.9%는 서비스를 받지 않아도 혼자 생활이 가능하다고 응답하였다.

[그림 4-40] 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원

(단위: %)



출처: 연구진이 작성

1인 가구로 어려움을 해결하기 위해 필요한 지원에서 킨리스 응답자의 80.1%가 경제적 지원이 필요하였으며, 다음으로 돌봄서비스(73.0%), 식사, 도시락 제공 식당(51.8%), 건강증진 사업(41.8%), 1인용 식재료 지원(31.2%), 안전 환경 개선(23.4%) 순으로 나타났다. 반면, 비킨리스 응답자 중에서는 83.0%가 경제적 지원, 다음으로 돌봄서비스(60.6%), 식사, 도시락 제공 식당(52.8%), 건강증진 사업(42.4%), 안전 환경 개선(40.6%), 1인용 식재료 지원(31.3%), 과일/샐러드 자판기 설치(10.4%), 투약 알림 서비스(10.1%) 순으로 나타났다.

필요한 지원에서 쟁점은 다음과 같다. 킨리스 응답자는 가족 지원망 부재로 돌봄서비스 욕구, 생존적 욕구(경제, 돌봄, 식사)가 높다. 반면, 비킨리스 응답자는 안전 환경, 지역 공동체 참여 등 한 단계 높은 욕구까지를 고려한다. 이는 가족 지원망의 유무가 장애인 1인 가구 욕구 정도에 영향을 미침을 예측할 수 있다.

제3절 1인 가구의 삶: 경험

1. 개요

이 절은 생애주기별로 실제 1인 가구로 생활하고 계신 장애인 당사자를 대상으로 하는 개별 인터뷰를 진행한 결과를 분석하였다. 이 연구의 연구진 4명이 생애주기별로 약 3~7명을 인터뷰하였으며, 화상 인터뷰를 진행하였다. 구체적으로 청년층은 7명, 중장년층은 6명, 노년층은 6명의 1인 가구를 인터뷰하였다. 인터뷰를 진행한 기간은 2025년 9월 29일(월)부터 10월 17일(금)까지 진행하였다.

〈표 4-25〉 인터뷰 개요

구분	내용
조사대상	장애인 1인 가구
조사방법	화상회의(Zoom) 활용
참여자 선정	장애인 1인 가구 실태조사 참여자 중 일부 선정
표본수	20명
조사기간	2025년 9월 29일(월)~10월 17일(금)

출처: 연구진이 작성

2. 참여자 선정기준

장애인 1인 가구 개별 인터뷰의 참여자 선정기준은 생애주기별로 다르다. 청년층의 경우 연령은 만 19~45세 미만인 장애인 1인 가구 5~6인을 대상으로 하였다. 자발적 독립 여부를 참여자 선정 기준으로 하였으며, 비자발적으로 독립한 경우인 가족 돌봄 부재, 가족과의 갈등, 시설 퇴소와 그렇지 않은(자발적 독립) 경우를 고려하여 참여자를 선정하였다.

중장년층의 경우 연령은 만 45세 이상~64세 이하 장애인 1인 가구

6~8인을 대상으로 하였다. 노년층은 만 65세 이상 장애인 1인 가구 5~6인을 대상으로 하였으며, 중장년과 노년층 참여자 선정 기준으로 장애 유형, 성별, 장애정도, 건강상태를 고려하였고 추가적으로 국민기초생활보장제도 수급 여부, 중증장애인의 경우 활동지원제도 이용 여부, 경제활동 유무 등을 고려하여 인터뷰 대상자를 선별하였다. 특히, 장애정도(중증 vs. 경증)와 주관적 건강상태 양호 여부를 주요 변수로 고려하여 이들의 일상적인 삶과 보건-복지 욕구 등에 대해 물어보았다. 참여자의 절반은 장애정도가 중증이며 주관적 건강상태가 양호하지 않은 대상으로 하였다.

3. 조사문항 개요

인터뷰 문항의 주요 내용은 <표 4-26>과 같다.

<표 4-26> 조사문항 개요

문항	청년 인터뷰 내용	중장년 및 노년층 인터뷰 내용
1	<ul style="list-style-type: none"> - 1인 가구로 생활하게 된 배경 및 과정 - 1인 가구로 생활의 어려움 - 생애전환 과정에서 변화 대응 방식 	<ul style="list-style-type: none"> - 1인 가구로 생활하게 된 배경 및 과정 - 1인 가구로 생활의 어려움 - 생애전환 과정에서 변화 대응 방식
2	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 하루를 보내는 방식 • 일상생활 과업 어떻게 해결하는지 • 1인 가구로 살기 전과 후의 변화 	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 하루를 보내는 방식 • 1인 가구로 살기 전과 후의 변화 • 일상생활 과업 어떻게 해결하는지 • 혼자 생활하면서 가장 큰 힘든 점 • 고민이나 혼자 해결하기 어려운 상황 해결 방법
3	<ul style="list-style-type: none"> - 청년 1인 가구 건강과 복지서비스 이용 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강과 복지서비스 이용 • 건강상태 • 만성질환 등 건강 이슈 여부 • 병원 이용 여부, 횟수 • (이용 시) 어떠한 목적으로 어떠한 지원을 받는지 • 만성질환 관리, 건강유지를 위한 노력 • 긴급하게 병원 이용해야 하는 상황

문항	청년 인터뷰 내용	중장년 및 노년층 인터뷰 내용
4	- 청년 1인 가구 지원체계	- 중장년·노년 1인 가구 지원체계
5	- 향후 1인 가구 삶을 언제까지로 생각하는지 • 결혼, 동거에 대한 생각 및 지원 사항	- 향후 1인 가구 삶을 언제까지로 생각하는지 - 생애 말기 어떠한 삶을 기대하는지

출처: 연구진이 작성

4. 청년층

가. 응답자 기본정보

청년층 1인 가구 참여자는 총 7명이었다. 성별은 남성 5명, 여성 2명으로 남성이 더 많았다. 연령은 20대 중반에서 40대 초반까지 분포하였다. 보통 청년의 연령은 만 19세부터 39세까지의 범주로 구분하지만, 본 연구에서는 장애인의 경우 자립, 취업 등의 생애 과업이 지연될 가능성을 고려하여 만 44세까지 참여자를 청년으로 분류하였다.

장애 유형은 뇌병변장애, 시각장애, 지적장애 등으로 다양하였으며, 일부 참여자는 중복 장애를 가지고 있었다. 장애 정도는 한 명을 제외하고 중증이 대부분이다. 1인 가구 형성의 배경을 자발적 자립과 비자발적 자립으로 구분하였는데, 자발적으로 독립한 참여자는 네 명이었으며, 시설 퇴소나 가족관계 단절 등 비자발적인 이유로 1인 가구가 된 참여자는 세 명이었다.

참여자들의 주관적 신체적 건강상태는 대체로 ‘양호’로 평가되었으나, 일부는 만성질환이나 장애로 인한 지속적 치료가 필요한 상태였다. 활동 지원서비스를 세 명의 참여자가, 1명의 참여자는 근로지원 서비스를 이용하고 있었다. 7명 중 3명이 취업 상태였으며, 나머지 4명은 경제활동에 참여하지 않고 있었다. 전반적으로 참여자들은 장애 특성과 개인적 상황

에 따라 자립의 배경과 생활환경, 서비스 이용 양상에서 뚜렷한 차이를 보이고 있었으며, 이는 청년 장애인 1인 가구의 다양성과 복합적인 생활 맥락을 보여주는 특징이라 할 수 있다.

〈표 4-27〉 청년층 1인 가구 인터뷰 참여자 일반사항

생애주기	참여자	성별	연령 (세)	장애 유형	장애 정도	1인 가구 형성 (자발 vs. 비자발)	주관적 신체적 건강 상태	서비스 이용 유무	경제 활동 유무
청년층	A	남성	25	뇌병변	중증	자발적	양호	이용	비참여
	B	남성	43	뇌병변 +시각	중증	비자발	나쁨	미이용	참여
	C	남성	34	시각	경증	비자발	나쁨	미이용	참여
	D	여성	25	지체 +지적	중증	비자발	나쁨	이용	비참여
	E	남성	28	시각	중증	자발적	양호	이용 (근로 지원인)	참여
	F	남성	44	뇌병변	중증	자발적	나쁨	이용	비참여
	G	남성	40	지체	중증	자발적	양호	이용	참여

출처: 연구진이 작성

나. 인터뷰 내용 분석

1) 자발적 자립 vs. 비자발적 퇴소

참여자 A와 B, G는 각각 상이한 경로를 거쳐 자립에 이르렀다. 참여자 A는 부모 사망 후 삼촌의 집에서 자립을 준비하며 임대주택 제도를 활용하여 자립을 실현했고, 참여자 B는 교통사고 이후 가족 구성 변화 속에서 여러 번의 동거와 분거를 반복한 끝에 자립하게 되었다. 참여자 G는 15세 사고로 장애인이 된 후 지방의 낮은 접근성 환경에서 오랜 부모 돌봄

을 받다가, 24세부터 자신과 가족 모두를 위해 적극적으로 독립적 삶에 적응하기 시작했다. 세 참여자는 개인의 상황 변화와 선택을 통해 자연스럽게 자립한 자발적 자립 사례들이다.

“부모님이랑 같이 살았다가 부모님 돌아가시고 제 삼촌이랑 같이 살다가. 삼촌 집에 살면서 여러 가지 알아봤어요. 제가 기초수급자다 보니까 임대주택을 가능하더라고요. 삼촌 집에 살면서 임대주택 신청을 해놔서 그게 돼서.” (참여자 A)

“제가 고등학교 다니다가 교통사고가 났습니다. 그래서 동생이랑 나가서 살았어요. 저랑 동생이. 동생은 다른 지역으로 일자리를 구해서 가서 저 혼자 살다가 집 안에 약간 그런 문제가 있어서 다시 시골에 내려와서 어머님, 부모님하고 같이 살다가 부모님과 안 좋은 일이 있어서 혼자 살았는데 그러니까 혼자 사는 거는 혼자 살다가 같이 살다가 동생이랑 살다가 혼자 살다가 부모님을 살다가 그러니까 혼자 살게 되는데 어떻게 말해야 될지 모르겠네요.” (참여자 B)

“제가 정확하게는 24살 때부터 혼자 사회 적응을 하기 시작했었죠. 그전에는 부모님들이 왔다 갔다 하면서 돌봐주시긴 했는데 방향이 많이 심했습니다. 그래서 제가 사고를 인식해야 되기 때문에 이렇게 살다가는 가족들도 더 힘들어지고 저도 힘들어지고 몸은 더 악화되는 것 같아서 이렇게 살면 안 되겠다 싶어서 혼자 24살 때부터 적극적으로 혼자 독립을 했던 것 같아요.” (참여자 G)

참여자 C와 D는 비자발적인 계기로 자립하게 된 사례이다. 참여자 D는 중증장애인으로 장기간 거주시설에서 생활하다가 퇴소 후 자립생활지원센터를 거쳐 자립을 시도했으나, 동거인과의 갈등 등으로 쉼터 생활을 거쳐 결국 1인 가구로 정착했다. 참여자 C는 보육원을 퇴소하면서 만 19세에 제도상 독립하게 되었고, 20세 이후부터 혼자 살아가고 있다. 두 사례 모두 본인의 의지와 무관하게 제도적·환경적 요인에 의해 자립이 이루어진 경우로, 비자발적 자립의 경우 초기 정착 과정에서 다양한 어려움으로 이어졌다.

“저는 일단 18년도 12월 달에 주거시설을 퇴소를 했고 이후에 여러 자립생활지원센터 를 돌아다녔는데 자립생활지원센터의 취지와 제가 맞지 않아서 본격적으로 독립을 하게 된 건 20년도에 한 번 독립을 했다가 가정폭력이 살짝 일어나서 동거를 하는 분이 계셨는데 그 분에 의해서 가정폭력이 발생했고 그래서 쉼터를 잠깐 이동을 해서 9개월 정도 있다가 작년 8월에 최종적으로 자립을 해서 지금 말씀하신 주소에 살고 있습니다.” (참여자 D)

“제가 20살 때부터 혼자 살았던 것 같아요. 저는 생활시설(보육원)에서 살아가지고 제가 19살이 되면 졸업하면 나가야 돼요. 사회로. 그래서 혼자 살았던 거죠.” (참여자 C)

2) 거주지 확보의 어려움

비자발적으로 자립하게 된 참여자 C와 D는 안정적인 거주지 확보에 모두 큰 어려움을 겪었다. 참여자 D는 쉼터 거주 당시 공적 지원을 받지 못해 주거 마련에 막막함을 느꼈으나, 인권위원회 담당자의 안내로 LH 임대주택을 신청하여 겨우 거주 기반을 마련했다. 참여자 C는 보육원 퇴소 후 한정된 보조금을 활용해 반지하 단칸방에 입주하며 자립을 시작했다. 두 사례는 제도적 지원의 부족으로 인해 제한된 자원을 활용하여 최소한의 주거 공간을 마련할 수밖에 없었으며, 1인 가구 자립 과정에서 주거 불안정 문제가 매우 심각하게 나타난다는 점을 보여준다.

“쉼터에 있을 때 아무래도 저는 국가 지원을 못 받아 본 상황이어서 막막했었는데 인권위원회 선생님들께서 담당 선생님께서 LH를 한번 알아보자라고 제안을 해 주셔서 그 공간에 있는 동안에 LH 공간 준비나 알아보는 작업이나 그런 걸 다 해서 8월에 나오게 됐어요.” (참여자 D)

“그때가 2015년이었던 것 같은데 16년이었나 18년이었나? 그 당시에 보조금이 자립 청년한테 주는 보조금이 저희가 200만 원인가 그랬어요. 그래서 200만 원으로 보증금을 하고 반지하에서 시작을 한 것 같아요. 처음에 단칸방에서 그렇게 시작했던 것 같은데.” (참여자 C)

자발적으로 자립한 경우에도 주거 환경의 불안정성 이슈는 여전하다. 시각장애가 있는 참여자 E는 안내견과 함께 생활하고 있었으나, 민간 임대주택에서는 반려견 출입을 꺼려 거주지를 구하는 데에 큰 제약이 있었다. 법적으로 안내견 동반이 허용됨에도 실제 민간 원룸·빌라 등에서는 규정 적용이 쉽지 않았다. 결국 청년주택을 통해 안내견과 함께할 수 있는 공간을 마련했지만, E는 장애인이 공공임대주택에 접근할 기회가 제한적이라고 지적했다. 특히 근로 중인 청년 장애인은 기초생활수급자가 아니라는 이유로 주거 지원에서 제외되는 현실을 문제로 꼽았으며, 장애인 임대주택의 노후 환경과 교통 접근성 부족 등도 실제 거주에 어려움이 라고 말했다. 참여자 G 역시 지역별 장애인 임대주택 지원의 지역적인 편차를 언급하며 주거 마련의 어려움을 토로했다. 이처럼 자발적 자립을 한 청년 1인 장애인 가구도 법적·제도적·물리적 장벽 속에서 적절한 주거 안정성 확보에 어려움을 경험하고 있었다.

“공공임대 청약할 때 사실 장애인 우선 그런 거를 좀 높여줬으면 좋겠어요. 이게 사실 장애인이 제일 주거 환경에 중요한데 지금 시스템은 기초생활수급자가 아니면 거의 될 수가 없는 상황이라서 장애인 청년 중에도 일하는 사람이 많은데 이 집 환경이 제일 좋아야 이게 일을 하기가 쉽잖아요. 장애인 전용으로 나온 주택 같은 데는 진짜 완전 너무 낙후되고 거의 살 수가 없는 그런 주택만 지원을 해주다 보니까 일단 연수가 한 30년 되고 지하 철이랑도 거의 한 1~2km 떨어져 있고 거의 살 수가 없는 환경이라서. 저희는 이제 민간에서 구하려고 하면 또 여러 가지 제약 사항들이 많고 월세어도 안 받아주는 것도 많고. 바닥 망가진다고 계약을 안하는 거죠. 아파트는 이게 법이 있는데 원룸이나 이런 데는 그게 없더라고요.” (참여자 E)

“OO에는 기초생활 수급자가 아니더라도 장애인 우선순위로 해서 임대 아파트나 임대 전세나 그런 활성화가 많이 돼 있다고는 들었어요. 근데 OOO 지방에는 임대 아파트 아니면 들어갈 수 있는 방법이 기초생활 수급자밖에 없는 것 같더라고요. 그런 제도가 전혀 안 되어 있는 것 같아요. 제가 알아본 결과로 많이 들어가기가 힘들더라고요.” (참여자 G)

“제가 처음에 나올 때는 OO구 쪽에서 살았는데. 제가 안내견이 있어요. 근데 이제 사실 민간 그냥 일반 그런 주택들은 개를 이제 잘 안 받아주잖아요. 법적으로 이게 있다고 해도 월세나 이런 데는 아무래도 빌라나 원룸이 많다 보니까 그런 면이 조금 부족하다고 생각해가지고 이제 되는 데를 찾아가지고. 지금 있는 데는 이제 청년 주택이라서 ... 안내견은 그냥 받아주셔가지고 어려움 없이 들어왔어요.” (참여자 E)

참여자 C처럼 임대주택이나 청년주택에 거주하더라도 주거의 안정성이 충분하지 않다. 2년마다 임대계약을 갱신해야 했고, 집주인의 결정에 따라 계약이 연장되지 않으면 다른 곳으로 이사를 해야 했다. 거주 환경에 만족하더라도 장기적으로 한곳에 머물 수 있는지는 본인이 아닌 집주인의 의지에 달려 있다고 했다. 이와 같은 임대계약 구조는 청년 장애인 1인 가구의 주거 불안정성을 더욱 심화시키는 중요한 요인이었다.

“2년에 한 번씩이고요. 집주인이 계속 해줘야 되는 거고 혹시라도 가격을 올린다거나 이러면 다른 데로 2년 뒤에 이사를 가거나 할 수 있어요. 본인 의지에 따라서. 제가 여기서 더 살고 싶어요. 하는 건 안 되는 거죠. 아파트가 마음에 들어도 집주인이 허락을 해줘야 돼요. 만약에 2년 뒤에 계약을 종료한다고 그러면 다른 곳으로 가야 돼요. 이사를 계속 다녀야 돼요.” (참여자 C)

3) 비자발적 1인 가구의 경우 초기 적응의 어려움

비자발적으로 자립한 청년 장애인 1인 가구는 초기 적응 과정에서 일상생활과 생계 유지에 큰 어려움을 겪었다. 참여자 D는 준비 없이 시설에서 퇴소해 가구를 갖추지 못해 바닥에서 생활하거나 침대 없이 잠을 자야 했고, 신체적 제약으로 인해 불편함을 감내해야 했다. 경제적 어려움 또한 심각했다. 참여자 C는 대학 재학 중 경제활동이 어려워 조건부 수급비에 의존했지만 생활비와 학비를 모두 감당하기엔 턱없이 부족했다. 그는 영양 결핍으로 결핵 같은 건강 문제까지 겪으며, “죽지 않기 위해 사는 것

같다”고 토로했다. 이러한 사례들은 비자발적 자립 초기 청년 장애인 1인 가구가 경제적 빈곤, 건강 악화, 열악한 주거 환경 등으로 인해 안정적 자립에 상당한 어려움을 경험하고 있음을 보여준다.

“되는 대로 정말 계획없이 주어지는 대로 산 것 같아요. 워낙 갑자기 제가 뛰쳐나오듯 이 나오는 상황이라서 가구를 사거나 그럴 수 있는 상황도 아니었고요. 사실 제가 바닥 생활이 안 되는 사람인데도 불구하고 가구를 못 사니까 바닥에서 사는 상황이 생겼어요. 그러다 보니까 몸이 점점 굳어가고 이런 게 저 스스로도 느껴지더라고요. 제가 침대가 없으면 잠을 못 자요. 등이 굽어 있어서 바닥 생활이 안 되는데 그 침대가 없어서 바닥에서 자다 보니까 제대로 잠을 못 자는 거죠.” (참여자 D)

“폐결핵이랑 결핵이 왔고 폐에 구멍이 차서 물이 찬 거예요. 두 개가 온 거죠. 동시에. 영양소가 골고루 섭취되지 않아서 그런 것 같아요. 그러니까 학교 다닐 때 여차피 1인 가구잖아요. 경제 활동을 못하기 때문에 대학교를 다니면서 경제활동을 할 수 있는 집 안에 경제활동을 할 수 있는 사람이 없으니까 그래서 조건부 수급자를 썼어요. 그래서 일상생활을 살아가는 데 필요한 1인 가구의 수급비를 준 거죠. 일반 생계급여를 받으면서 학교를 졸업할 때까지 그러다 보니까 전반적으로 금액으로 졸업할 때까지 살기에는 빠듯함이 있었어요. 그러니까 먹는 것도 줄여야 되는 거고 그래서 아마 그랬었던 것 같아요. 거의 김치에다가 밥만 먹는 정도예요. 죽지 않기 위해 사는 거죠. 그런 것 같아요. 하고자 하고 싶은 게 있으니까 그걸 해야 되는데 막상 그게 여건이 완벽하진 않잖아요. 어쨌든 제 누군가 지원해 주는 것도 아니고 그러다 보니까 그렇게 된 것 같은데요.” (참여자 C)

4) 낮 활동: 직업 vs. 복지관 프로그램

일을 하고 있는 참여자인 B, C, F, G를 제외하고 일을 하지 않는 청년 장애인 참여자들은 대부분 낮시간을 복지관에서 보내며 다양한 프로그램에 참여하고 있었다. 참여자 A는 복지관을 중심으로 물리치료나 운동, 보치아 등 중증장애인 자조모임 활동에 꾸준히 참여하며 사회적 교류와 재화를 병행하고 있었다. 참여자 F 역시 외로움을 해소하기 위해 요일별로

다른 프로그램을 일정하게 참여하며 하루를 바쁘게 보낸다고 언급하였다. 시 낭송 활동, 볼링 수업, 론볼 교실, 노래 교실, 배드민턴 활동 등 복지관 내 여러 프로그램을 통해 사회적 관계를 유지하고 있었다. 한편 참여자 D는 주중 오전에 복지관의 직업재활 훈련에 참여한 뒤 점심을 복지관에서 해결하고, 오후에는 미술심리치료를 받은 후 귀가하여 집안일을 하는 등 규칙적인 일과를 이어가고 있었다. 이처럼 일하지 않는 참여자들은 복지관 프로그램을 중심으로 하루를 구조화하고 있었다.

“제가 주로 복지관에 나와서 물리치료를 받거나 운동을 하거나 복직하는 사람들이 주로 만나요. 복지관 프로그램을 이용을 하는 편이에요. 보치아라는 스포츠가 있는데 중증장애 모임, 자조모임이라고 그거 하고, 치료할 때 복지관에 매일 나가요.” (참여자 A)

“월요일에는 시간 있는 풍경하고요. 화요일날은 볼링장에서 볼링 수업하고 수요일 날은 아침 8시 반부터 9시 반까지는 론볼교실이라고 있어요. 큰 공 있잖아요. 체육관에서 공 굴리는 거 수업하는 거고 10시 반부터 11시 반까지 노래 교실, 오후에는 서예 수업도 있는데 저는 서예 수업을 안 하고 곧바로 체육관으로 가는 거죠. 체육관 가서 2~4시까지 배드민턴이 있거든요. 스마일 배드민턴이라고 그거 하고 있어요.” (참여자 F)

“저는 월요일부터 금요일 동안은 복지관에서 진행되는 직업 재활 훈련에 참여를 하고 있고요. 오전에 직업 재활 훈련이 끝나면 점심을 복지관에서 먹고 오후에 3시까지 미술 심리 치료가 있기 때문에 미술 심리치료를 받고 끝나고 나면 선생님은 1시에 퇴근을 하세요. 1시에 퇴근을 하시기 때문에 저는 미술 심리치료가 끝나면 저 스스로 지하철을 타고 집으로 이동을 해서 다른 집안 정리를 한다던가 빨래를 돌리고 빨래를 널고 이런 패턴을 하고 있습니다.” (참여자 D)

5) 주로 혼자 보내는 여가시간, 외로움

참여자들의 여가활동은 대부분 개인 중심으로 이루어졌다. 참여자 A는 휴대폰이나 독서, 참여자 B는 자전거 산책, 참여자 D와 E는 주로 집에서

미디어 시청과 휴식으로 시간을 보냈다. 복지관이나 직장 외 사회적 활동은 매우 제한적이었으며, 참여자들은 대부분 혼자 하루를 마무리하는 패턴을 보였다.

“복지관 사람들 말로 자주 만나는 사람은 누나나, 제 친구가 카페를 해서 친구 카페에 가끔 가요. 아니면 집에서 핸드폰 만지거나, 책 읽어요. 아니면 전동휠체어 타고 한 바퀴 돌거나.” (참여자 A)

“저는 자전거도 타거든요. 자전거 출퇴근은 비 안 오고 날씨 좋은 날은 자전거로 해요. 자전거 타고 오면 한 30분 정도면 가는 것 같아요.” (참여자 B)

“저는 집에 있는 걸 굉장히 좋아해서요. 제일 자주 만나는 분은 아마 복지관 선생님들과 활동보조 선생님일 거고요. 제가 특징이 있는 게 복지관에 다녀오면 항상 휴식을 취해야 합니다. 가끔 여기서 만난 동생들 데리고 같이 고기를 먹으러 간다던가 쇼핑을 간다던가 하지만 굉장히 드문 일이고요. 세 달에 한 번씩 하기 때문에 굉장히 드문 일이고요. 자주 만나는 사람은 많이 없는 것 같습니다.” (참여자 D)

“8시까지 출근이라서 보통 한 7시쯤 집에 나오고 5시에 퇴근해 가지고 집에 오면 한 6시 정도 되는 것 같아요. 밥 먹고 딱히 하는 건 없는 거 같은데, 야구를 좀 보고 유튜브 같은 거 많이 보는 것 같아요. 제가 안내견이 있다 보니까 산책 나가기도 하고.” (참여자 E)

자립 5년 이내의 청년 참여자들은 혼자 보내는 시간에 대해 외로움을 거의 느끼지 않는다고 응답했다. 참여자 B는 외로움을 느낀 적이 없다고 했고, 참여자 E는 반려견과의 생활과 혼자 있는 것을 즐기는 성향으로 외로움을 덜 느낀다고 했다. 이는 디지털 매체를 자연스럽게 활용하고 개인적 자유를 중시하는 청년세대의 특성으로 보이며, 이들에게 혼자 있는 시간은 단절이 아닌 개인의 취향을 누리는 일상의 한 형태였다. 그러나 표면적인 ‘외로움 부재’는 실제로는 관계에 대한 감정적 방어일 수 있다. 참여자 D는 사람을 만나는 것이 ‘무섭다’고 표현했으며, 버림받을 두려움으

로 타인과 거리를 유지한다고도 했다. 이는 외로움을 느끼지 않는다는 진술 이면에 관계 형성의 어려움과 심리적 불안으로 이해되기도 한다. 이는 청년 1인 가구 장애인이 안전하게 사회적 관계를 형성하고 유지할 수 있는 정서적·관계 측면의 지원이 필요함을 시사한다.

“외로운 감정을 느끼는 적은 없어요.” (참여자 B)

“외로워지는 순간은 아직까지는 딱히 없는 것 같아요. 강아지랑 놀고. 제가 워낙 혼자 있는 걸 좋아해 가지고 원래 성격 자체가.” (참여자 E)

“외롭다고 느껴지는 적은 전혀 없어요. 일단 사람을 만나는 것이 굉장히 무섭기 때문에.” (참여자 D)

“확실히 나왔다고 해서 친구가 많아지거나 교류하는 사람들이 많아지는 것 같진 않아요. 제가 마음을 잘 안 열어서인 경우도 크고요. 제가 일단 사람한테 마음을 잘 안 줘서요. 아무래도 버림받을 거라는 생각이 큰 것 같아요. 새로운 사람을 만나는 게 두렵긴 합니다. 복지관에서도 새로운 관계를 만나면 말은 안 하고 목례만 하고 지나가는 경우도 굉장히 많은 것 같아요.” (참여자 D)

반면 자립 10년 이상의 참여자들은 외로움을 솔직하게 드러냈다. 참여자 C는 ‘불 꺼진 집에 들어갈 때 제일 외롭다’며, 맞아줄 사람 없이 식사와 일상을 혼자 해야 하는 고독감을 토로했다. 참여자 F 역시 집에 혼자 있을 때 외로우며, 대화 상대가 없다는 점을 가장 큰 어려움으로 꼽았다. 친구들이 결혼하면서 자신만 혼자 남게 된 상황에서 사회적 고립감을 더욱 크게 느끼고 있었다. 이는 혼자 사는 시간이 길어질수록 관계의 부재가 정서적 고립으로 이어질 수 있음을 보여준다.

“외롭죠. 불 꺼진 집에 들어갈 때 제일 외로워요. 누군가 반겨주는 그런 게 없으니까 그런 것도 있고, 혼자 밥을 먹어야 되고 혼자 일상생활을 살아가는 것도 별로인 것 같아요.

가끔 그렇게 생각이 많이 드는 것 같아요.” (참여자 C)

“혼자 있으니까 외로운 감이 있잖아요. 외로운 감이 있다 보니까 말동무 할 수 있는 사람 있잖아요. 혼자 있으면 이 말을 하고 싶은데 말을 할 사람이 없고 혼자 있으면 TV 보다가 자고 그러다 보니까 말할 상대가 없다 보니까 서로 말동무 할 수 있는 사람들 그런 사람들이 있었으면 좋겠어요. (참여자 F)

6) 식생활의 어려움

시각장애 참여자 C와 E는 활동지원 미이용으로 식사 준비에 과도한 시간과 에너지를 소모하고 있었다. 재료 손질과 조리에 2~3시간이 소요되어 외식이나 배달에 의존하고 있으며, 영양 불균형과 생활 리듬 불안정의 위험을 안고 있었다.

“제가 요리할 때 지금 화면 속에서 멀리 있는데 저는 실제로 가까이 보거든요. 핸드폰 이든 뭐든 가까이 봐야 돼요. 안 보이니까. 제가 지금 화면 속에 목소리만 들리니까 스피커폰으로 듣고 하는 거지, 실제로 뭔가를 보거나 책을 읽는다거나 아니면 요리를 하거나 할 때는 항상 가까이 가야 돼요. 요리를 하더라도 잘라야 될 때도 있잖아요. 칼질을 하거나 그런 것들이 있어요. 제가 보이는 거랑.” (참여자 C)

“음식은 거의 나가서 사 먹거나 아니면 배달하는 경우가 많아 가지고 그냥 간편식 정도는 장으로 보는데 그냥 일반적인 생활용품 정도를 장으로 보고 거의 음식은 배달이나 아니면 나가서 먹는 것 같아요. 간단한 돌려 먹는 그니까 밀키트 비슷한 거는 좀 재료를 다듬고 이런 거는 평일에는 사실 시간이 없다 보니까. 그리고 제가 요리를 몇 번 해봤는데 이거 하고 먹고 치우면 거의 한 두세 시간 그냥 지나가더라고요.” (참여자 E)

참여자들은 공통적으로 식비를 최대 지출항목으로 꼽았다. 참여자 B는 ‘먹고 싶은 것도 참고 있다’고 말했고, 참여자 D는 기초생활수급 전까지 주민센터 기본식품(라면, 참치, 햇반)에 의존했으며, 전자레인지 부재로

편의점에서 데운 밥을 집으로 가져오는 등 식사 준비 자체가 비효율적이었다고 했다. 이는 장애로 인한 생활 제약과 저소득 1인 가구의 경제적 어려움이 식생활에 미치는 영향을 보여준다. 특히 참여자 E는 ‘1인 가구 도시락 서비스’ 같은 제도적 지원의 필요성을 강조했다. 이는 식사 제공을 넘어 장애 청년이 건강을 유지하고 일상을 안정화할 수 있는 현실적 방안으로 볼 수 있다.

“최대한 아껴써야죠. 먹고 싶은 게 있어도 되도록 참고 그렇게 하고 있어요.” (참여자 B)

“주민센터에서 라면, 참치, 햇반 이런 거 갖다주시더라고요. 전자레인지가 없었어요. 그래서 햇반을 앞에 편의점이 있었거든요. 편의점 전자레인지를 쓰고 편의점에서 라면 물 부어서 집으로 오고 이런 생활이었어요.” (참여자 D)

“김치가 없다 보니까, 김치를 맨날 사 먹다보니까 김치도 비싸더라고요. 김치도 많이 올라가지고 기분이 만 원 넘어가요. 김치 내놓은 65세 어르신들은 받는데 장애인들은 없더라고요. 그런 거 생겼으면 좋겠어요.” (참여자 F)

“도시락 같은게 있으면 좋겠어요. 1인 가구 그러니까 한 달에 막 이렇게 신청해가지고 받을 수 있는 그런 도시락 같은 게 있으면 좋을 것 같아요. 이게 맨날 배달시켜 먹고 하는 것도 돈이 많이 들고 하나까.” (참여자 E)

7) 건강 문제와 병원 접근성

청년 장애인 1인 가구는 장애와 함께 다양한 건강 문제를 관리해야 했다. 참여자 A는 편마비로 지속적 물리치료와 신경과 진료를 받고 있으며, 참여자 B는 간질, 류머티즘, 비뇨기 질환 등 복합 질환으로 정기적 병원 방문이 필요했고, 희귀질환 치료를 위해 타지역 이동까지 감수하고 있었다. 이는 이차적 건강 관리가 자립생활의 중요한 부분임을 보여준다. 한편 참여자 C는 흡연과 불규칙한 생활로 콩팥병을 얻었으며, 스스로 운동

과 금연으로 관리하고 있었다. 이는 생활습관 관리와 예방적 건강 지원이 충분하지 않음을 시사한다. 결국 장애 관련 만성질환과 생활환경이 복합적으로 작용하여 자립생활 속 건강 관리가 청년 장애인 1인 가구에게 지속적 과제로 남아 있다.

“물리치료는 아무래도 왼쪽 편마비다 보니까 마비 쪽 풀어주는 쪽으로. 먹는 약은 재활하는 거죠. 재활의학과만 가는게 아니라 신경과도 가요.” (참여자 A)

“물리치료 이런 것보다는 제가 지병이 있어서 병원은 계속 다녀야 돼요. 간질하고 류마티스, 그리고 비뇨기과. 간질은 원래 수술했던 병원이고 류마티스하고 비뇨기과는 그러니까 비뇨기과는 원래 다니던 병원에서 선생님이 개원하시던 선생님하고요. 류마티스는 제가 희귀 질환자라서 병원이 여기 없어 가지고 청주로 나가고 있어요.” (참여자 B)

“건강 문제는 엄청 큰 건 아니고요. 콩팥이나 폐가 이게 아마 담배 피워서 그런 것 같아요. 흡연해서 그런 것 같아요. 그래서 그런 거 빼고는 없어요. 다른 건. 몸에서 단백질이 빠져서 그것 때문에 가고 있어요.” (참여자 C)

병원 이용은 청년 장애인 1인 가구에게 주요 장벽으로 남아 있었다. 참여자 A는 대구의 병원 이동이 불가피하나 혼자 복지콜로 이동이 어려워, 자립 후 활동지원사의 동행이 필수적이었다. 동행 지원 유무에 따라 치료 지속 여부가 달라질 정도로 의료 접근성이 중요한 과제였다. 반면 참여자 D는 보호자 동반을 요구하는 의료기관 관행으로 인해 병원 이용을 회피하고 있었다. 보호자를 항상 동행하기 어려워 증상이 심하지 않으면 가급적 병원을 피하고 상비약으로 대응하고 있었다. 이는 청년 장애인 1인 가구가 신체적 장애뿐 아니라 보호자 중심의 의료체계에서도 또 다른 장벽을 경험하고 있음을 보여준다.

“병원도 (활동지원사와) 함께 가요. 예전에는 삼촌이랑 같이 갔어요. 아무래도 병원이 대구에 있다 보니까 복지콜을 타야 해서 혼자서 가기 어렵거든요.” (참여자 A)

“저는 병원을 웬만하면 안 가려고 하는 중인데 이유가 아무래도 저는 혼자 살아봤다 보니 병원에 가면 항상 보호자를 찾더라고요. 저는 보호자가 마냥 올 수는 없는 상황이니까요. 그런 상황이어서 정말 아플 때다 그러면 활동보조 선생님한테 전화를 드려서 활동보조 선생님과 동행해서 그다음 날이라도 병원에 가고요. 웬만한 상비약은 집에 다 있는 것 같습니다. 간단한 두통약이나 생리통 약이나 이런 간단한 조치들은 다 할 수 있게끔 상비약은 다 가지고 있습니다.” (참여자 D)

참여자 E는 ‘서울시 병원안심동행서비스’⁷⁾로 건강검진과 대형병원 방문 시 큰 도움을 받았다고 했다. 이 서비스는 서울시 1인 가구 시민에게 전문 동행 매니저가 이동, 접수, 진찰, 약 수령 등을 지원하는 제도로, 1시간당 5,000원(추가 30분당 2,500원)의 요금이 부과된다. 이는 병원 접근성이 낮은 장애인 1인 가구에 실질적 도움이 되는 제도로 이해된다.

“서울시에서 병원 동행 서비스가 있어요. 1인 가구랑 장애인 이런 사람들 같이 이렇게 가주는 거라서 요금을 내긴 하는데 그렇게 비싸지 않아 가지고. 저는 자주 이용했었어요. 건강 검진하러 갈 때 이용해 봤고 이마 좀 큰 병원 같은 데 가면은 이게 복잡하잖아요. 그래서 이제 그때 몇 번 이용을 해 봤어요.” (참여자 E)

8) 위급한 상황에 대한 개인적 대응

청년 장애인 1인 가구는 생명을 위협하는 위급한 상황에도 취약했다. 참여자 B는 뇌전증 발작으로 거리에서 쓰러져 119에 의해 병원 이송되었고, 얼굴과 팔의 외상과 안경 파손 등 위험을 겪었다. 참여자 D는 폐결핵 입원 시 보호자 부재로 병원 측과 치료 동의 문제로 갈등을 겪었다. 이는 가족이 없는 상황에서 응급 상황 발생, 의료 접근 제약, 응급 대응 지연이 생명을 위협하는 문제임을 보여준다.

7) 서울특별시 1인가구 포털 & Visiting Angels. (n.d.). 내용을 참고하였음.

“간질 때문에 어디서지? 모르겠는데요. 차도인가 어디선가 간질을 해서 횡단보도에서 한 것 같기도 하고 어디서 간질이었는지 저는 모르는데 119에서 실려와서 길에서 해서요. 어딘지 좀. 그때는 모르겠고요. 길에서 했을 때는 안경도 다 부러지고요. 얼굴하고 팔은 아스팔트에다가 문지르는 거 있잖아요. 떨잖아요. 그래서 다 까지고요.” (참여자 B)

“처음에는 당장은 당장 해야 돼서 제가 폐에 100% 중에 98%가 물이 차가지고 거의 진짜 위험했거든요. 언제 중간에 숨을 못 쉬어서 죽을 수도 있는 타이밍이어 가지고 바로 병원에서 하자고 했는데 보호자가 없으니까 친구가 와서 해줬어요. 본인이 동의한다고 하니까 어쨌든 저희가 그거 많이 싸웠거든요. 병원에서 병원 측은 가족이 아니면 안 된다. 이런 걸로 많이 밀어붙였던 것 같고 친구는 왜 안 되냐 내가 보호자 겸 해주겠다 하고 했던 거고 어쨌든 사람을 살려야 되니까 그때는 그런 언쟁이 있었죠. 하기 전에.” (참여자 D)

현재 1인 가구의 안전을 강화하기 위해 정부와 지자체에서는 스마트 도어락, 안심센서, 웹캠 등의 장비를 지원하고 있으나, 이러한 장치들이 장애 유형의 특성을 반영하고 있지는 않다. 참여자 E는 시각장애가 있는 당사자로서 “도어락이 쓸모가 없다”고 말하며, 시각정보 중심의 안전장치가 실제 생활에서는 아무런 도움이 되지 않는다고 지적하였다.

“도어락 같은거 지원해 주는 그런 것도 있잖아요. 그것도 별로 쓸모 없는 것 같더라고요. 그냥 웹캠으로 보는 것 밖에 없는거 같은데, 저는 굳이 전혀 필요 없을 것 같아요.” (참여자 E)

청년 장애인 1인 가구는 위급 상황에 대한 공적 대응 체계가 부족한 실정이다. 참여자 D는 급한 상황 발생 시 활동지원사에게 전화하지만, 활동지원사가 여러 이용자를 동시 지원하는 구조라 즉시 방문이 어려워 전화조언만 듣고 스스로 대처해야 한다고 했다. 참여자 B는 갑작스러운 질병이나 사고 시 가족에게 의지하지만, 물리적으로 멀리 떨어져 살아 즉각적 도움을 받기 어렵다고 했다.

“(위급한) 상황이 오면 활동지원사 선생님한테 전화를 합니다. 쌤, 냉장고 고장 났어요. 오시지는 않고요. 전화로 그거 영미 씨 먹을 수 있는 것부터 빨리 먹어야 된다고 하면 선생님 이거 유리 높은 데 있는데 어떡해요? 이러면 꺼내지 말라고 하신다던가 어디 있는지 모르겠어요. 이러면 “그거 어디 있어요.” 이라고 알려주신다던가 그런 경우가 대부분입니다. 선생님이 오시기는 하는데 웬만하면 다음 날 아침에 서로 해결을 하려고 합니다. 왜냐하면 선생님이 저만 담당을 하시는 게 아니라 근로 지원이라고 다른 곳에서도 일을 하시기 때문에 제가 요청을 드린다고 바로 오실 수 있는 상황이 아니에요.” (참여자 D)

“갑자기 아프거나 하면 도움을 요청할 사람은 동생 밖에 없죠. 가족 밖에. 근데 동생이 멀리 살아요. 저는 충북이고, 동생은 충남.” (참여자 B)

9) 복지 정보에 대한 접근성의 격차

복지 정보 접근성의 참여자 간 격차가 중요한 이슈였다. 20~30대 수도권 거주자이자 교육 수준이 높은 참여자들은 인터넷과 모바일 앱으로 복지 정보를 적극 탐색했다. 참여자 C는 홈택스와 정부 사이트에서 청년희망통장, 내일배움카드 등을 스스로 찾아 신청했고, 참여자 E도 00시 병원안심동행서비스 같은 맞춤형 복지를 활용했다. 이는 디지털 역량이 높은 청년 장애인의 복지 접근성이 비교적 높음을 보여주나, 동시에 디지털 접근성이 낮은 장애인에게는 정보 격차가 복지 이용 격차로 이어질 가능성을 시사한다

“복지 서비스는 인터넷으로 찾아보죠. 아니면 저기 홈택스에 들어가면 내가 받을 수 있는 서비스 정책들 이런 것들이 있어요. 그런 거 눌러보고 이런 거 마찬가지로 어떤 서비스가 있다고 하면 들어가 보고 조건이나 이런 걸 봐요. 그런 것에 대해서 정보를 그런 걸로 많이 찾아보는 것 같아요. 청년희망통장 이런 거 있잖아요. 국가에서 하는 거. 그런 거 아니면 내일배움카드, 직장인 내일배움카드라고 해서 직업훈련 받는 거 그런 거밖에 없는 것 같은데 받은 게 그렇게 크게 신청해서 받는다는 건 몇 개 없어서.” (참여자 C)

“인터넷 집에 보면 정보가 많이 나오더라고요. 어플 같은 것도 써봤는데 편해 가지고.”
(참여자 E)

연령과 거주 지역에 따른 정보 접근성 차이는 청년 장애인 1인 가구의 복지 서비스 이용에 직접적 영향을 미쳤다. 지방 거주자와 디지털 접근성이 낮은 참여자들은 복지 제도를 거의 알지 못했다. 참여자 A는 ‘장애인 지원 서비스가 뭔지 모르겠다’며, 우연히 방문한 복지관에서 사회복지사의 안내로 프로그램에 참여했다고 했다. 참여자 F는 기초생활수급이나 활동지원서비스조차 몰라 퇴사 후 6년간 남동생이 보내주는 월 20만 원에만 의존해 생활했다. 동일한 청년 장애인 1인 가구라도 디지털 활용 능력과 지역 환경에 따라 복지 제도 접근성이 극명히 달라졌으며, 이는 정보 격차가 곧 복지 격차로 이어지는 문제를 보여준다.

“장애인 지원 서비스 그게 뭔지 모르겠어요. 장애인 지원 서비스 몰라요. (복지관에서 일하는 거는) 처음에는 어떻게 우연히 한 번 방문했다가 거기 복지관에 사회복지사님이 소개해서 계속 다니다가 다른 분들 일하는 거 보고 일자리 그거 알아보고 그렇게 해서 일을 했어요.” (참여자 A)

“그때까지만 해도 있는 줄도 몰랐어요. 수급 신청하는 거. 그러다 보니까 매달 동생이 수급자 되기 전까지만 해도 20만 원씩 매달 보내줬거든요. 그걸로 생활했는데 힘들더라고요. 나가는 게 많다 보니까. (참여자 F)

10) 활동지원 서비스로 보완되는 삶의 질

청년 장애인 1인 가구 일상생활 지원에서 가장 도움이 되는 제도는 ‘장애인 활동지원서비스’이다. 이는 식사 준비, 청소, 세탁, 외출 동행 등 기본 생활 전반을 지원하고 있다. 참여자 D는 이사할 때마다 주민센터에서 활동지원서비스를 신청하여 청소, 식사 준비, 병원 동행 등을 해결했다고

했다. 활동지원서비스는 청년 장애인 1인 가구가 안정적으로 일상을 유지하는 데 실질적 도움을 주지만, 이사할 때마다 해야 하는 신청 절차의 복잡함과 행정 요건의 까다로움 등 접근성 개선 과제를 제기했다.

“여기 나오자마자 혼자 살기 시작한 이후로부터 (활동지원서비스를 받기 시작했어요). 복지관에 그런 서비스를 받으시는 분들이 많으시더라고요. 하루에 3시간 정도. 복지관에 계속 나가고 계속 나오니까 복지관에서 보는 사람들이 활동 보조를 주로 쓰시는 분이니까 그분들이랑 얘기하다 보니까 알게 됐죠.” (참여자 A)

“저는 복지관이나 주민센터를 제일 먼저 방문을 합니다. 어떤 집에 이사를 하게 되면 그 지역에 주민센터를 제일 먼저 가보는 편이에요. (신청은) 활동지원 서비스 같은 경우가 제일 어려웠고요.” (참여자 D)

“워낙 혼자 지내다 보니까 제대로 못 챙겨 먹는 경우도 많았고 지금은 선생님이 계시니까 상관이 없는데 그전에 갑작스럽게 나오게 됐을 때는 활동보조 선생님이 안 계셨기 때문에 제대로 챙겨 먹지도 못했고 제대로 자지도 못했고 전반적인 지원이 하나도 안 된 상황이어서 제가 담당님이 왔었어요.” (참여자 D)

“일단 확실한 건 삶의 질이 확실히 좋아진 것 같아요. 일단은 내 혼자만의 시간을 가질 수도 있는 것도 그렇고 일단은 밥 먹는 게 확실히 좋아진 것 같아요. 삼촌이 아무래도 남 자시다 보니까 가끔 삼촌이 해먹는데 여기는 저 혼자 살면 제가 먹고 싶은 건 먹을 수 있잖아요. 제가 해달라는 거 해주시니까. 오히려 나와서 생활을 하다 보니까 배달 음식을 많이 시켜 먹을 줄 알았는데 오히려 배달 음식을 더 안 먹게 되더라고요. 활동보조 선생님이 밥을 더 잘해주시니까.” (참여자 A)

11) 디지털 기술과 민간 서비스로 일상지원 체계를 보완함

스스로의 자립을 유지하면서도 타인의 지원을 최소화하려는 청년 장애인 1인 가구는 디지털 기술과 민간 플랫폼을 적극적으로 활용했다. 참여자 E는 온라인 장보기와 픽업 서비스로 마트를 직접 방문하지 않고 물품

을 구매했으며, 대형단지에서는 모바일 쓰레기 수거 서비스로 일상 불편을 해결했다. 이러한 방식은 물리적 지원 없이도 독립적으로 살아가려는 청년세대의 특성을 반영하며, 디지털 기술은 이들에게 자립생활의 실질적 기반이 되고 있었다.

“보통 장 보는 건 요새는 어플이 잘 돼 있잖아요. 온라인 어플을 통하거나 아니면 요새는 마트 같은 데도 다 어플로 픽업을 이렇게 할 수가 있고요. 결제를 이렇게 해가지고 가면은 이제 픽업에 맞춰서 그냥 받아서 오기만 하면 돼서 저희가 막 따로 이렇게 돌아다니면서 장을 안 봐도 되거든요. 그래서 보통 그런 걸로 장을 보고요. 예전에는 제가 할 거를 딱 정해서 마트 직원한테 부탁을 해봐야 되는데 아무래도 조금 어렵긴 했었죠.” (참여자 E)

“저 쓰레기 버리는 어플 많이 사용해요. 저희 아파트가 세대 수가 많다 보니까 쓰레기 버리는 데가 완전 분리가 돼 있어요. 1층하고 막 지하하고 그래서 저희가 왔다 갔다 하기가 너무 힘들어가지고 그냥 수거해 주는 거 불러서 한 번에 버리고요. 전에 살던 집은 조그만한 데라서 분리수거하기가 편했는데 여기는 아파트다 보니까 너무 커가지고 조금 혼자 하기가 어렵더라고요.” (참여자 E)

일상 속에서 돌발 상황이 생겼을 때에도 청년 장애인 1인 가구는 주변인의 도움보다 디지털 기술을 활용해 문제를 해결하는 방식을 선호하는 경향을 보였다. 예를 들어, 시각장애 참여자들은 물건을 찾지 못하거나 가전제품 조작이 어려울 때 ‘비마이아이즈’ 앱을 이용해 영상 통화로 자원봉사자에게 실시간 안내를 받았다. 이러한 비대면적 디지털 지원은 타인 개입 없이 독립적이고 효율적인 생활을 가능하게 했다. ‘비마이아이즈(Be My Eyes)’와 같은 어플리케이션을 활용하고 있었다. 이 서비스는 영상 통화를 통해 비장애인 자원봉사자가 실시간으로 시각 정보를 안내해주는 방식으로, 사용자가 직접 도움을 요청하지 않고도 일상적인 불편을 신속히 해결할 수 있게 한다.

“요새는 비마이 아이즈라고 전화를 걸면은 영상 통화로 연결을 해줘요. 그러가지고 막 뭐가 안 되거나 할 때 가끔씩 그런 걸로 이용하면 도움을 많이 줘요. 그거는 보이시는 분이 봉사자로 이렇게 참여를 해가지고 전화를 하면은 그분이 받아서 이제 자기가 물어보는 거 이제 알려주고요. 이제 에어컨이나 보일러 같은 거 온도 이렇게 궁금할 때는 그리고 TV가 갑자기 안 켜지거나 컴퓨터가 좀 이상할 때 연결해가지고 도움받았던 것 같아요. 물건 잃어버렸을 때 카메라 이렇게 딱 보여주면은 바닥에 떨어져 있는 거 보이잖아요.” (참여자 E)

12) 결혼, 추가 소득

30~40대가 된 장기 1인 가구 참여자들은 나이가 들수록 신체적·정서적 불안이 커지고, 이를 함께 나눌 동반자나 가족에 대한 욕구가 높아지고 있었다. 참여자 C는 젊을 때는 혼자서도 어려움을 감당할 수 있다고 생각했지만, 반복되는 위기 상황을 겪으며 점점 함께 일상과 위기를 공유할 파트너의 필요성을 느끼게 되었다고 했다. 일부는 가족이나 주변의 권유를 계기로 결혼에 더 관심을 갖기도 했으며, 참여자 B는 외국인 배우자 소개 가능성도 긍정적으로 검토하는 모습을 보였다. 이처럼 청년 장애인 1인 가구도 나이와 경험이 쌓이면서 동반자 관계와 정서적 지지망에 대한 욕구가 점차 강화됨을 보여준다.

“큰돈은 아니어도 작은 돈을 버니까 그 분이 아는 외국인들이 있나 봐요. 그래서 제가 원하면 외국인이라도 알아봐서 저 같은 사람도 괜찮다고 하는 분들도 있을 거 아니에요. 한번 알아봐 주겠다고 말씀하시더라고요. 그래서 아버지도 그렇고 저도 그렇고 동생도 그렇고 결혼 문제를 걱정을 하시거든요. 저희도 그런 거에서 자주 생각이 나고요. 그래서 그렇게 하겠다고 나도 말씀드렸거든요. 좋은 사람이 있으면 해달라고.” (참여자 B)

“서른 전까지는 아예 없었어요. 여자친구를 사귀거나 동거를 하는 것까지는 괜찮은데 결혼에 대한 생각은 없었는데 이게 서른이 넘어가고 중반쯤 되니까 결혼을 해야 될 것 같아요. 결혼을 해야 되겠다, 있으면 해야 되겠다는 게 어쨌든 제가 또 중간에 언제 아플지도 모르고 이런 과정들이 있을 건데 계속 그때마다 혼자 해야 되니까 두려운 거죠. 젊을

때는 그게 20대 때는 아파도 나 혼자 하면 되자라고 했지만 점점 나이 들어가면 필요하지 않나. 옆에 도와줄 사람도 있어야 되고, 그런 것도 동의해 줄 사람이 필요하고 챙겨줄 사람이 필요하지 않나 그렇게 느끼는 것 같아요.” (참여자 C)

한편, 결혼이나 동반자 관계를 희망하더라도 경제적 여건이 뒷받침되지 않아 실현이 어렵다고 느끼는 참여자도 있었다. 참여자 F는 임대 아파트 외에 자산이 없고, 안정적 소득과 저축이 결혼의 전제라고 말했다. 국가의 추가 지원이 있을 경우 자립과 미래 준비가 수월할 것이라고 덧붙였다. 이는 청년 장애인 1인 가구에게 결혼이 개인적 선택만이 아니라 경제적 자립과 직결된 구조적 문제임을 보여주며, 소득 지원과 자산 형성이 가족 형성의 현실적 조건이 되고 있음을 시사한다.

“결혼 욕구는 있지만, 돈이 모이지 않아 임대 아파트 한 채 밖에 없어서 어렵다고 생각합니다. 연애와 결혼을 위해 자금이 최우선적으로 필요하다고 생각합니다. 국가에서 매달 20만원 정도만 더 지원금을 준다면 돈을 모을 수 있고 여러 가지 기회들이 늘어나지 않을까 생각합니다. (참여자 F)

연령이 낮거나 신체 제약이 적은 청년 장애인 1인 가구는 경제적 자립을 위해 더 많은 일을 하고 싶다는 의지를 보였다. 참여자 B는 복지관의 반찬 지원 등으로 기본 생활에는 불편이 없지만, 월 50만 원 수입으로 저축이 어려워 경제활동 기회를 원한다고 말했다. 참여자 A도 수급비에 영향을 주지 않는 범위 내에서 추가 근로를 계획했고, 생활비가 빠듯해 일할 기회를 적극적으로 찾고 있었다. 이처럼 청년 장애인 1인 가구는 단순 생계 이상으로 자립적 경제활동과 삶의 주체성 확립에 강한 의지를 보이고 있었다.

“저는 경제 활동을 더 하고 싶어요. 가능하면. 다른 건 다 만족하고 있어가지고요. 집

안에서도 그러니까 반찬 지원도 해 주시고요. 혼자 제가 요리를 잘 못해도 이런 걸 할 수 있잖아요. 명절에 음식이라고 해야 되나? 이런 것도 해서 지원해 주시고요. 복지관에서도 되게 잘해주셔서 다 만족하는데요. 근데 지금은 현재 50만 원 받고 있으니까 50만 원 했으니까 나중에 큰돈을 모아서 뭔가를 해야 되잖아요. 그래서 경제적으로 더 많은 일을 하고 싶어요. 우선은.” (참여자 B)

“장애인들 일하는 거 있잖아요. 그거 신청 그거 알아보고 있어요. 복지관에서 일하는 거죠. 장애인 일자리. 그거 알아보니까 이게 월급이 얼마 이상 넣으면 힘들어 하는데 이게 총돌 안 할 정도로만 하려고요. 아무래도 지금 들어오는 것만으로도 약간 모자르다라는 생각이 들어서.” (참여자 A)

5. 중장년층

가. 응답자 기본정보

〈표 4-28〉 중장년층 1인 가구 인터뷰 참여자 일반사항

생애주기	참여자	성별	연령 (세)	장애 유형	장애 정도	1인 가구 형성 (자발 vs. 비자발)	주관적 신체적 건강 상태	서비스 이용 유무	경제 활동 유무
중장년층	A	남성	50	정신	심하지 않은	비자발적	양호	이용	프리랜서
	B	남성	46	시각	심한	자발적	양호	이용	근로자
	C	여성	57	지체	심한	비자발적	양호	이용	참여
	D	여성	58	뇌병변	심한(3급)	비자발적	양호	이용	비참여
	E	남성	51	뇌병변	심한	비자발적	다소 나쁨	이용	비참여
	F	남성	53	지체	심한	자발적	매우 나쁨	이용	비참여

출처: 연구진이 작성

나. 인터뷰 내용 분석

1) 1인 가구의 형성: 가족으로부터의 분리

연구 참여자 6인 중 5인은 이혼을 계기로 1인 가구로 살게 된 사례였고, 이혼의 사유가 참여자의 장애와 직접적 관련이 없는 예도 있었지만, 장애로 인해 이혼을 결정한 사례도 있었다. 11년 전 교통사고로 전신이 마비된 지체장애인 C는 사고 이후 가족에게 부담이 된다는 이유로 이혼을 선택하였고, 40대 중반에 1인 가구가 되었다. 현재 50대 초반 및 후반인 조사 참여자 D, E는 40대 중후반에 장애가 발생하였으며, 이와 상관없이 30대 정도에 이혼하고 자녀와는 연락이 소원한 상태였다. 이혼 후 청장년시기를 1인 가구로 생활하거나, 자녀를 동남아로 유학보내고 혼자 생활하는 시간이 많은 등 1인 가구의 생활은 익숙한 상황이다. 이는 국가 데이터처가 발표한 1인 가구 비율이 36.1% 등 1/3 이상인 것을 통해서도 참고할 수 있다.

“제가 할 수 있는 게 아무것도 없고 다 도움을 받아야 되니까 다들 바쁘잖아요. 직장에 다니고 학생들이고 하기 때문에 제가 누구의 도움을 받아야 되는데 혼자서는 할 수 있는 게 없으니까 제가 저절로 떨어져 나온 거죠.” (중장년 C)

“저는 거진 혼자 살았어요. 왜냐하면 서울도 혼자 가 있었고 거의 혼자 계속 혼자 살았어요. 집에는 가끔 한 번씩 오고 객지 생활을 많이 했죠...지금은 몸이 안 되고 막 이러니까 불편하긴 한데 그래도 내 나름대로 (혼자) 사는 그런 건 있어요.” (중장년 D)

“2인 가구였다가 애를 필리핀으로 유학을 보냈고요. 필리핀하고 사업하다가 사업 접고 필리핀하고 왔다갔다하면서 필리핀에서 사업을 하려고 그랬대요. 그랬는데 대구 와서 그다음날 이렇게 됐다 그러더라고요.” (중장년 E의 활동지원사)

뇌출혈로 발생한 장애는 예상하지 못한 사건으로 갑작스레 장애에 진

입하는데, 장애에 대한 이해와 지식이 없는 상태에서, 치료와 재활 과정에서 주위 지원은 부족했다.

“우울증 왔었어요. 저는 처음에 처음에 왔을 때 이런 건 줄은 몰랐어요. 병이 왔는데 일주일이면 나간다고 생각을 했거든요. 근데 보니까 이렇게 되어 있는 거야. 근데 처음 한 달 정도는 진짜 우울했던 것 같아요.” (중장년 D)

정신장애가 있는 참여자 A는 27세에 처음으로 홀로 살기 시작했다. 원가족의 이민으로 2001년에 한국에 혼자 남겨진 A는 4년간 혼자 살다가 2004년 혼인하면서 11년간 배우자와 함께 살았고, 2015년에 이혼하며 다시 단독 가구가 되었다. 시각장애인 단체 활동을 생업으로 하는 참여자 B는 30대 초반에 구한 직장이 주거지와 멀다는 이유로 원가족으로부터 독립하며 1인 가구를 구성하였다.

“취업, 업무나 사회활동 때문에 나가서 아무래도 본가에서 사는 것보다는 더 효율적인 상황이어서 벌써 15~16년 됐죠. (중략) (취직한) 지역이 본가하고 멀어지다 보니까. 그런 어쨌든 효율 때문에 독립해서 살게 됐죠.” (중장년 B)

2) 1인 가구의 삶: 적응, 위험, 자율성, 가족에게 부담 주기 싫음

1인 가구로서의 삶에 대한 참여자들의 소회는 일률적이지 않았다. 참여자 C는 장애인으로, 또 1인 가구로 살아온 지 오랜 시간이 지났기 때문에 ‘많이 적응했다’고 하였으며, 1인 가구로서 크게 어려움을 겪은 일은 없다고 돌아보았다.

“오랫동안 아파서 있기 때문에 항상 많이 적응한 것 같아요. 10년이 그러면서 활동도 많이 하고 하고 해서 요즘에는 적응해가지고 딱히 바라거나 이런 건 만족하고 있어요. (중략) (대처할 수 없었던) 그런 적은 아직까지는 없었어요.” (중장년 C)

나이든 부모나 소원한 형제들에게 부담이 될 수 없는 상황에서 장애인 1인 가구로 살아가기를 선택하였다.

“괜히 남한테 짐 되기 싫으니까 내가 있으면 고모님도 힘들 거고 엄마한테 가면 엄마가 또 힘들 거고 나 혼자 산다고 그랬어요.” (중장년 D)

경제활동을 하면서 생활하던 1인 가구의 삶, 해외로 사업을 하러 다니거나 경제활동을 지속적으로 하며 청장년의 건강과 경제적 여유를 가졌던 생활에서 갑자기 장애인이 되어 경제활동은커녕 일상생활에서도 주위 사람으로부터 지원이 필요한 사람이 된 나를 받아들이기 힘들었다.

“마음의 문. 마음의 문을 자기가. 이 문을 먼저 여는 게 많은 게 걸릴 겁니다. 그다음에 그러기 때문에. 좀 이 문을 연다는 게 굉장히 힘든 거예요.” (중장년 E)

1인 가구로서의 애로를 언급한 참여자 A, B가 경험한 가장 큰 어려움은 안전과 관련한 위급 상황에 대한 대처가 어렵다는 것이었다. 시각장애인 B는 식기가 깨어진 위급한 상황에서 활동지원사의 지원을 받을 수 없어 119 응급구조대에 연락하여 대처한 경험을 이야기하였다.

“(식기건조대에 놓여 있던 식기가 떨어져) 깨져서 그날은 활동지원 선생님이 못 오시는 날이었거든요. 못 오시긴 하는데 제가 한번 전화해보서 오실 수 있나 여쭙보려고 전화했는데 안 그래도 볼 일이 있으셔서 지금 전화를 못 받으셨어요. 그때 이걸 어떡하나? 그런 일단 대충 큼직큼직한 것들은 주워서 버리긴 했는데 이게 유리다 보니까 자잘한 조그만 건 있을 거 아닌가요? 이걸 어떡하지? 어떡하지? 하다가 119를 불렀어요. 119를 불러서 치워달라고 이게 시각장애인이다 보니까 제가 이게 100% 못 치운다. 마침 119가 왔어요.” (중장년 B)

A도 호흡 곤란으로 인해 119의 도움을 받은 적이 있다고 하며, 위급 상황 발생에 대한 불안을 표현하였다. 가족이 모두 해외에 거주하고 있어,

사망 이후의 수습과 장례에 대한 고민도 드러냈다.

“몸도 아프다 보니까 제가 119도 부른 적 있어요. 집에 있으면서 호흡 곤란이 와서 119를 한번 불렀는데 다행히 체기 때문에 호흡 곤란이 와서 그렇게 했었는데 하여튼 문제없이 다행히 넘어가긴 했는데 (중략) 이거는 혼자 사는 사람이 정말 애로사항이 있는 게 만약에 급성으로 심하게 오면 죽을 수도 있겠구나라는 생각이 들더라고요. 사후 관리 증명서 같은 걸 저도 만들어 놔거든요. 저기 사전의료연명의향서를 만들었고요. 장기기증도 다 해놔서 두 가지를 다 해놨습니다. 혹시나 저희 가족도 다 미국에 살고 해서 죽어도 가족이 올 수 있는 상황도 아니고 거의 혼자라고 생각을 해야 되거든요. 만약에 그런 일이 있으면 장례에 바로 지금 와서 바로 해 줄 사람이 없고 그런 안타깝죠.” (중장년 A)

1인 가구의 삶이 부정적인 면만 있는 것은 아니었다. A의 1인 가구 형성 계기는 비자발적이었으나, 1인 가구가 된 이후의 삶에 대해 ‘자율적으로 개편됐다’고 평가했다.

“마흔이 넘어서 이혼을 했을 때 내가 자유롭게 혼자서 지내면서 하고 싶은 것도 할 수 있고 취미도 라틴 댄스를 해서 춤을 추게 되고 그리고 운동도 제가 원하는 대로 하고 그리고 집도 운동 기구를 들어서 운동도 하고 자율적으로 삶이 개편됐던 것 같습니다.” (중장년 A)

3) ‘할 일 있는’ 일상: 일과 여가, 사회적 관계의 구성

인터뷰 참여자는 모두 경제 활동을 하고 있어 생업을 중심으로 하루 일과를 조직하고 있었다. 경제 활동 분야는 다양한데, 사회복지사 경력이 있는 A는 정신장애와 관련하여 상담과 강연을 주로 하는 프리랜서, B는 시각장애인 단체 활동, C는 탁구 선수로 근무하는 중이다. B와 C는 직장에 출근해서 일을 하고, 일을 하는 동안에는 근로지원인 서비스를 이용하고 있다.

“제가 상담일하고 강연 일로 수입이 있어서 100만 원 미만으로 벌고 있고요. (중략) 프리랜서고 상담은 일주일에 네다섯 번 하고요. 저녁 시간을 잡아서 그리고 강연은 한 달에 한두 개씩 하고 있습니다.” (중장년 A)

“오전에는 일어나서 씻고 아침 식사하고 준비하고 나서 제가 탁구를 하고 있어요. 복지관에 나와서 12시면 집에서 나와서 집에 6시까지의 여기 복지관 탁구장에서 운동하고 있어요. (중략) 선수활동 하고 있어요.” (중장년 C)

주로 재택으로 일하거나 간헐적으로 정신건강과 관련한 외부 강연을 하는 A는 사람들과의 관계도 이러한 활동을 중심으로 맺고 있었다. 또한 국립정신건강센터의 사회재활프로그램으로 음악이나 댄스 등의 활동에도 참여하는 등 활발한 사회생활을 하고 있었다.

“사람들과의 관계는 정신건강 단체나 자조모임, 가족모임 이런 데를 다니면서 사람들과 소통하고 있고요. 그리고 당사들과 만나 모임 같은 데 만나서 어제도 영화 보고 왔었고요. 일주일에 국립정신건강센터 거기도 사회 재활 서비스를 이용하고 있고요. 오카리나를 배우고 있고 합창단은 ○○○ 합창단을 하고 있고요. 라틴 댄스를 일주일에 두 번씩 가서 살사 댄스를 주 2회씩 하고 있습니다.” (중장년 A)

B와 C도 직장 내 관계를 비롯하여 다양한 사회적 관계를 형성하여 주변인과 고민을 나누고 있었다. 여가생활과 종교활동에 일상적으로 참여하기도 하였다.

“일반적으로 친구들이나 아니면 만나는 사람 여러 가지 그런 부분들은 두루두루 자연스럽게 만나고 있습니다. 매일같이 약속을 많이 만들지 않아도 어쨌든 일주일에 하루 이틀, 많으면 3일 이 정도는 여러 가지 대인관계나 취미 활동 (중략) 종교 활동 이런 건 지금도 계속하고 있고 (중략) 친구도 있고 아무래도 아니면 직장 동료들 연장선인 경우도 있고.” (중장년 B)

“주변에 가까이 여기 운동하시는 분같이 친하신 분들하고 의논하기도 하고 거의 혼자

또 해결하는 것 같아요. (중략) 이 탁구하시는 분 친한 분들하고 이야기해서 의논하기도 하고.” (중장년 C)

4) 장애인 지원, 돌봄, 주거 등 공적 서비스에 대한 제한된 정보

사적 지원망이 없는 경우 선택할 수 있는 공적 지원은 주민자치센터를 통한 정보의 조각(단일 서비스 이용 자격의 확인 등)을 통해 서비스 이용이 가능했다. 장애인에 대한 전체 지원 내용을 확인하고 권리로서 선택하는 방식이 아닌, 돌봐줄 사람이 없어 당장 일상생활이 안되는 등 닥친 상황에서 주위 환자 동료나 가족, 지인의 노력으로 알음알음 문제를 해결하는 방식이었다.

“제가 나이가 65세는 아니잖아요. 장애인 지원(장애인 활동지원서비스)을 이용하면 시간이 많아요. 내가 하면. 근데 요양을 하면 3시간밖에 안 돼. 근데 그거를 아는 사람이 별로 없어. 그래서 나도 처음에는 뭇도 모르고 ... 장기요양을 신청했는데 나중에는 그게 뭔지 모르고 나와서는 요양을 한 거예요. 그걸 알았으면 괜찮는데 병원에 있는 사람은 아무것도 모르는 거라. 장기 요양은 어떻게, 장애인 활동지원은 어떻게 시간이 어떻게 되고 이런 거를 설명을 해 줄 사람이 아무도 없으니까.” (중장년 D)

“다 고만고만하게 아픈 사람들이 있으니까 다 어디서 주어 듣고 한 가지씩 하고 또 여기서 주워듣고 한 마디씩 하고 들으니까 알아보고 하다가 그렇게 되는 거죠. 병원에 있으니까 그런 경우가 있더라고요.” (중장년 D)

“퇴원 수속 밟아서 나온 게 아니고 도망 나와서 엄마가 급하게 이 집을 지인한테 부탁해서 지인이 빌려주고. 그리고 활동지원사 가정 이런 거 있죠? 엄마 지인들하고 어머니하고 해주신 거예요.” (중장년 E의 활동지원사)

“장애인 지원하는 건 알지만(중앙정부 사업들) OO시(지자체 사업)에서 1인 가구에 대해서 지원하는 건 모른다.” (중장년 E)

5) 1인 가구를 위한 필수 지원 - 활동지원, 기초보장, 주거, 관계

(활동지원) 참여자 중 B와 C는 활동지원서비스를 이용하고 있었다. 활동지원은 이들에게 없어서는 안 될 필수적 지원이었는데, 활동지원을 이용하는 양상에는 다소의 차이가 있었다. 시각장애인 B는 기본적인 생활에서는 활동지원사의 도움을 받았으나, 스스로 할 수 있는 일들은 스스로 하고자 하였으며, 시각장애로 인해 ‘느리거나 놓치는’ 일에 활동지원사의 도움을 받는 것을 선호하였다.

“일단 일상생활, 기본적으로 장애인 활동지원서비스를 받고 있으니까 그걸 통해서 의식주나 이런 부분에 필요한 부분들 도움을 일단 받는 부분도 있고 아니면 제가 장보거나 이런 거는 인터넷 쇼핑물, 쿠팡같이 그런 부분들을 활용해서 제가 살 수 있는 건 사고, 아니면 활동지원사 분이 같이 장을 나오시는 경우도 있죠.” (중장년 B)

“활동지원 선생님이 주로 해 주시는 것은 아까 나물 아니면 채소, 이런 걸 세밀하게 다듬는다든가 이런 것들 이런 거는 꼼꼼하거나 제가 할 수 있어도 시각장애인이기 때문에 느리거나 놓칠 수 있거나 이런 것들 (중장년 B)

전신마비인 지체장애인 C는 활동지원서비스 2구간에 해당하는 이용자로, OO도 추가 시간을 더해 월 300시간의 활동지원을 이용하고 있었다. ‘활동지원이 없으면 아무 것도 할 수 있는 것이 없다’고 할 정도로 모든 일상생활을 활동지원사가 지원하고 있었으며, 서비스에 대한 만족도 매우 높았다.

“아침에 일어나면 제가 혼자서 할 수 있는 게 없으니까 활동보조 도움을 받고 있거든요. (중략) 제가 누구도 지금 활동보조 선생님 안 계시면 할 수 있는 게 아무것도 없기 때문에 다 힘들죠. (중략) 제 개인적인 삶은 활동보조 시간 받을 수 있고 한 것에 항상 만족하죠. 지금 이 상태로 활동보조 시간 받으면서 이 상태로 유지됐으면 좋겠다는 생각이예요. 큰 변화 없이.” (중장년 C)

C는 활동지원서비스를 이용하기 어려운 주말 등에는 인근의 원가족의 도움을 받기도 하였다.

“주말에는 옆에 언니가 살고 있고 언니나 동생, 가족들이 와서 돌봐줘요.” (중장년 C)

(경제적인 부분) 공적급여에 의존해서 1인 가구로 살아가기에 경제적으로 빠듯한데, 이는 1인 가구의 경우 다인가구에 비해 주거비 등 필수재 소비 비중이 크기 때문이다. 특히 장애에 대한 공적급여인 장애인연금과 장애수당은 저소득 기준인 경우 장애상태에 따른 급여액 차이가 커서 불만이였다.

“병원에서 안 먹는 약이라든지 밖에서 먹는 약을 사고 싶어도 돈이 안 돼서 못 사는 경우가 진짜 많거든요. ... 그리고 저희 같은 경우에는 위나 한쪽이 안 좋으니까 소화불량이나 이런 것도 되게 많거든요. 그런 것도 먹어야 되는데 사실은 너무 비싸니까 못 먹을 수도 있고 그런 경우가 있으니까.” (중장년 D)

“장애수당은 6만 원 나오죠. 이게 뭐냐하면 같은 장애인이라도 2, 3급은 40만 원 나오고 전 6만 원 달랑 나오잖아요.” (중장년 D)

(주거) 장애 등록 후 신청하여 받은 공공임대 주택은 휠체어 사용 동선이 안 나올 만큼, 전동휠체어 충전할 공간이 없을 만큼 좁았다. 휠체어 사용 공간을 고려하는 등 나의 장애를 고려한 주거 공간을 찾는다는 건, 병원 퇴원 후 급하게 거주지를 확보해야 했던 상황에서 생각하기 어려웠고 찾을 수도 없었다.

“다른 건 다 괜찮은데 좁고 그런 건 어쩔 수 없는 부분인데 우리 집 같은 경우는 그러니까 나 같은 경우에는 스쿠터를 탄다든지 아니면 저거를 타잖아요. 타면 충전할 데가 없어. 우리 집만.” (중장년 D)

“집이 너무 작더라고요. ##씨 휠체어가 안 들어가더라고요. 그래서 거기는 캔슬을 내고...” (중장년 E의 활동지원사)

어려울 때 도움을 요청할 가족이 없는 상황에서, 나를 잘 알고 지속적으로 와 주는 활동지원사, 요양보호사는 생활의 지속을 위해 필수불가결한 중요한 요인이었다. 식사, 청소, 병원 이용 등 필수적인 활동지원을 제공할 뿐 아니라 단절되어 있는 사회와 연결을 해 주는 소중한 이웃이기도 했다. 주말 등 주말 공백 시간에 지원받을 수 있도록 급여량 증가를 바라기도 하였다.

“새벽에 침대에서, ##씨 침대가 환자용 침대거든요, 거기에서 떨어져서 제가 오니까 바닥에 앉아 있더라고요. 그때가 1월이었거든요? 왜, 라고 이었는데 떨어져서 어떻게 못 해서 저 올 때까지 기다리고 있는 거예요.” (중장년 E의 활동지원사)

참여자들은 위급한 상황이 발생하는 것에 대한 우려가 컸다. 전술하였듯 참여자 C는 ‘인근에 거주하는 가족’의 지원을 받을 수 있었지만, B는 주변의 친구들에게 도움을 처하는 것도 쉽지 않음’을 토로하였다.

“시각장애인들이 원래 기본적으로 24시간 활동지원이 필요한 영역은 아니니까 거의 아닌 영역이 아닌 경우가 많으니까 퇴근을 어쨌든 6~7시간 후에는 하시는데 (중략) 활동지원사가 있는 시간 외에는 결국에는 제가 일어나서 약을 먹기 위해서라도 밥을 먹어야 되고 그런 어떤 것들이 있잖아요. (중략) 실시간 필요할 때 갑자기 급하거나 아니면 내가 아까 몸살이 걸려서 그러고 있을 때 할 수 있지만 몸이 피곤해서 그럴 때 누가 와서 잠깐 잠깐 돌봄서비스라고 그러나 요즘에 그런 식으로 바로 즉시 요청하면 할 수 있는 특히 주말 같은 때 그럴 때 할 수 있는 돌봄지원 이런 게 있으면 좋지 않을까 하는 생각이 들어요.” (중장년 B)

“저는 그런 위급상황 이럴 때 친구까지 부르고 하면 괜히 미안하기도 하고 그래서 119 부른 거예요. (중략) 보통 어떤 사람들은 119 이런 건 생각 안 하고 거의 친구한테 요청하

는 반면 저는 괜히 미안한 얘기는 지인들이나 이런 사람들한테는 가능하면 안 하려고 하는 입장인 것 같아요.” (중장년 B)

가족, 친구·지인 및 동료 등 사적 지원망이 빈약한 상황이며 위급한 상황에 연락할 수 있는 곳은 1차적으로 활동지원사였고, 1사례만 인근에 있는 형제에게 도움을 청할 수 있다고 하였다. 노인·장애인 독거 가구에 지원하는 응급안전안심서비스를 이용하는 이용자는 없었는데 굳이 필요하지 않거나(중장년 D사례), 보행이 되지 않는 2사례는 응급벨 설치 위치가 바로 옆이 아닌 바에야 핸드폰 등을 통한 소방서 등 공공기관과의 직접 연락을 더 선호하였다.

“추석이나 되면 한 번 찾아뵙고 설 되면 한 번 찾아뵙고 그런 거고 거의 혼자라고 보면 되죠.” (중장년 D)

“외출 나가서 휠체어가 고장이 났다든지 휠체어가 배터리가 소모가 다 됐다든지 이럴 때 전화를 해요. 그럼 콜을 불러다 주고 어떤 때는 제가 현장에 뛰어 갈 때도 있고. 하 거든요, 그렇게? 주말에. 그런 반복입니다.” (중장년 E의 활동지원사)

“OO종합복지관에서 야간 순찰하는 데가 있어요. 개별대로 순찰하는 데가 있거든요? 있는데 그걸 신청하려고 그러니까 잠귀가 너무 밝아서. 그거는 12시부터 근무를 하거든요. 들어오면 혹시 ##씨가 잘 있는지 없는지를 확인하러 문을, 도어록의 문을 열고 들어오면 잠을 깰 까봐 그거 신청도 못 하겠거든요. 또 그렇게 잠 깨버리면 날밤 새우고 이러니까. 있는데도 그거는 하지를 못합니다.” (중장년 E의 활동지원사)

일부 사례는 가족·친지, 지인·이웃, 장애인 동료 등과 만나는 모임 등의 사회적 관계가 전혀 없어 장애인 활동지원사 등 공적 돌봄서비스 제공자를 제외하면 정서 및 정보의 고립이 될 수 있는 상황이었다. 특히 갑작스런 장애 발생 후 이전 관계와는 연락을 끊고 만날 수 있는 기회를 갖지 않는 등 과거와 단절한 경우도 있었다.

“복지관에 있는 사람들이예요. 여기 LH는 장애인들이 많고 같은 복지관에 있는 사람들 되게 많아요. 마음 맞는 사람끼리 아침에 새벽 7시 반쯤에 나와서 커피 한잔하고 밥 먹으러 가자 해서 아침 먹으러 가고 그렇게 해요.” (중장년 D)

“우리 복지관에도 장애인 모임이 있는 게 참 많거든요. 그래서 거기 하자고 얘기를 매번 권하는데 안 간대요. 안 하려고 그래서 아직은 못 데리고 나가고 있어요.” (중장년 E의 활동지원사)

“제가 사업하고는 연락을 아예 끊었어요. 이런 내 자신을 보이기 싫은 것도 있고. 안 보여주고 싶은 게 좀 많거든요. 그래서 조금 그래요.” (중장년 E)

6) 신체기능의 저하와 정신건강, 건강관리, 보건의료, 예방

일부 참여자들은 전반적으로 사회활동이 활발하고 건강 상태가 양호한 편이나, 오랜 장애로 인한 신체 기능 저하를 경험하고 있었다. 또 ‘직장생활을 하면서 생기는’ 가벼운 질환을 겪는 사례도 있었다.

“제가 휠체어에 휠체어 생활을 하다 보니까 장이 많이 약해진 것 같고요. 먹는 걸 많이 조심하고 있어요. 한 번 탈이 나면 쉽게 낫지 않으니까. 응급실에 많이 가게 되고 이러더라고요. (중략) 몇 개월, 거의 1년 가까이는 항상 조심해야 되는 것 같아요. 한 번 탈 나면.” (중장년 C)

“이건 약간 직장생활하면서 생긴 만성적인 요소가 된 것 같은데, 그것도 자세나 이런 거 때문에 생기는 부분인 거 같아요. 그 외에는 다른 얘기는 아직은 없는 것 같아요. 근골격계를 질환 때문에 한 번씩 병원을 가게 되고 하는 건데 그것도 안 가면 굳이 안 가도 되는 정도.” (중장년 B)

편마비가 오지 않은 쪽을 많이 사용하다 보니 이로 인한 무릎, 손가락 관절의 치료 관리가 필요하는 등 잔존기능의 쇠퇴를 경험하며, 치료로서가 아닌 장애 상태의 진행 및 악화를 막기 위한 의료적 및 일상생활에서

의 가능한 운동 등 노력이 필요하다. 또한 지속적인 언어재활을 통해 원활한 의사소통을 도모해볼 수도 있지만 심리적 동기와 상황이 여의치 않았다.

“한쪽으로 많이 쓰니까 한쪽이 별로 안 좋아지더라고요. 오른쪽이 지금 마비인데 왼쪽이 지금 많이 쓰고 이러니까 왼쪽 팔이나 다리가 별로 안 좋아지더라고요. ... 손, 관절이 있어서 지팡이를 오래 못 짚어요. 손가락 관절염. 약은 먹는데 별로 효과가 없어요. 조금만 무리해서 써버리면 붓고 손가락 못 쓰고 막 이러거든요.” (중장년 D)

“통증은 많아요. 오른쪽 마비된 쪽의 다리가 지금 많이 부어서 많이 아프거든요. 전에 약물치료할 때는 안 아팠는데 요즘 병원 옮기고 나서 그 선생님이 이 쪽 약을 안 주더라고요. 그래서 3주 전부터는 엄청, 날씨 조금 춥고부터는 엄청 아프다고 통증 있다고 얘기를 많이 아파서 힘들어합니다. 맨 처음에 ##씨를 만났을 때는 ##씨가 이것보다 인지가 거의 20%밖에 안 됐어요. 그래서 제가 만나서 옛날 살던 데도 좀 데리고 가주고 이래서 지금은 인지가 엄청 돌아왔어요.” (중장년 E의 활동지원사)

A는 정신질환이 발병한 지 30년이 넘었으나, 장애 등록의 필요를 느끼지 못해 미등록으로 지내다가, 1년여 전에 ‘생활이 어려워지면서’ 생계급여와 장애 등록을 함께 신청했다. A는 보건복지부에서 운영하는 지역사회서비스투자사업 중 ‘정신건강 토털케어서비스’를 이용하고 있었다.

“정신 건강 토털 케어 서비스는 작년 말부터 12월부터 해서 지금까지 제가 아는 선생님하고 연결해가지고 토털 케어로 일주일에 한 번씩 한 달에 세 번 만나고 있습니다. (중략) 찾아와서 동네 찻집에서 만나고요. 정신건강 체크도 해 주시고 미술치료라든지 아니면 글로 써가지고 심리 검사도 해주고 그리고 그걸 주제로 해서 일상생활 얘기하고 나눔 하고 하면서 1시간에서 1시간 반씩 하고 있습니다.” (중장년 A)

약물을 통해 꾸준히 증상을 관리하고 있는 A는 스스로의 과거의 경험, 그리고 본인의 내담자들의 사례를 통해 평소 정신건강을 관리하고 돌아

볼 수 있는 이런 서비스가 ‘외롭고 힘들 때’, ‘증상이 발현될 때’ 큰 도움이 된다고 평가하였다. A는 이와 함께 전술한 국립정신건강센터의 사회재활 프로그램으로 음악, 댄스 등의 활동에도 참여하고 있었다.

“여러 가지 외롭고 힘들고 증상이 발현되고 이럴 때는 굉장히 도움이 되죠. (중략) 저 같은 경우에는 증상 없이 살아온 지 한 20년이 돼서 스트레스 관리를 워낙 잘하니까 안 오는데 저도 내담자들이 어떤 부류가 있냐 하면 고정적으로 상담하는 부류가 있고 재발 경고 체크돼서 잠을 못 자면서 예민, 짜증, 분노가 일어나고 감각기능에 이상이 와가지고 환청망상이 조금씩 들릴 때 저한테 전화가 오거든요. 제가 얘기하다가 현실 감각을 알려 주고 체크해서 다시 일상생활을 하고 병원 치료 외래 받게 해서 약을 늘려서 위기를 넘어 갈 수 있도록 도와주고 있거든요. 그런 응급 위기 때 입원도 시켜주고 입원 연계해서 가족 들을 연결해서 입원시켜준 케이스도 상당히 많고요. 그렇게 개입해서 도와주는 것이 사실은 필요하죠. 근데 저도 옛날에 제가 제 자신을 관리하지 못했던 30살 이하일 때는 저도 그런 도움을 많이 받아서 제가 지금은 누군가를 돕고 있지만 그때는 제가 도움을 많이 받았죠.” (중장년 A)

뇌출혈, 근이양증 등 장애 관련 질환에 대해서는 지역사회에 수년간 지속적으로 이용해 온 보건의료기관이 있었다. 나의 질환, 장애상태를 이해하는 신뢰하는 의료기관이 있었고, 이용을 위한 이동은 장애인 활동지원사 동반을 통해 하고 있었다. 외래 이용 외의 방문 의료서비스, 비대면 진료 등에 대해서는 장애 및 건강상태가 심각한 사례만이 이용해 보고 싶다는 의사를 보였고 비교적 외출이 자유로운 2사례는 현재 의료서비스 이용 방식에 만족하고 있었다.

“매일 보니까 신임 가는 선생님이라고 나는 생각을 하고 다른 사람은 처음 보니까 사람이 잘하겠어? 그런 생각이 드니까 안 가게 되더라고요.” (중장년 D)

장애 및 건강관리를 위한 거주지 내 일상생활 적응 지원이나 편의성 제고 노력(보조기기 설치 등), 구축이나 관절 악화 방지를 위한 운동재활,

예방적 차원에서의 식이 지원, 정서적 상담 등 의료·돌봄·요양의 포괄적 내용의 체계적 지원이 필요한 것으로 판단된다.

“돈 주고 물리치료 하고 그런 것보다는 내가 생활에 쓸 수 있는 걸 조금씩 익혀가는 게 더 좋은 것 같아요. 그게 내가 사는 데 도움이 되는 것 같아요...” (중장년 D)

“10년 정도 넘었으면 신경이나 이런 게 다 그렇게 됐다고 봐야죠. 그거에서 말고 쓸 수 있는 걸 만들면 좋을까 싶어서 집에서 설거지도 가끔 한 번씩 해보고 그래요.” (중장년 D)

“질환에서 의료적인 거 들어가기 이전에 예방적인 단계에서 영양사라든가 이런 분이 오셔서 “이런 건 조심하세요. 건강 관리하셔야 됩니다.” 이런 건 괜찮다.” (중장년 D)

“##씨 같은 경우는 운동치료를 좀 계속 해줘야 되거든요? 그런데 입원 환자 말고는 그 운동치료를 안 해주더라고요. 정형외과나 신경외과 가면.” (중장년 E의 활동지원사)

“병원 가서 양쪽 잡고 전문가 선생님들이 해주는 거, 그런 거. 그런 거를 데려가도 입원 환자 말고도 좀 해줬으면 좋겠는데 그런 걸 받아야 되면 입원부터 하라고 그러니까.” (중장년 E의 활동지원사)

중장년 D와 E는 고혈압, 당뇨 등 만성질환을 진단받았거나 위험이 있어 약 복용 및 식이조절을 하고 있으며, 신장 기능 저하, 장애 상태로 인한 심장 기능 저하 등 비장애인과 다른 내부기관의 기능 저하가 있어 이에 대한 주의가 필요하였다. 신장 투석, 심부전 등 추가 질환이나 장애로 넘어가지 않기 위한 의료처치 전 단계로 예방적 차원의 노력(식이상담 및 지도, 운동관리 등)이 필요한 상황이었다.

“제가 처음 만났을 때는 혈압약을 먹고 있더라고요. 먹고 있던데 또 검사를 하니깐 당뇨도 있고 이래서 올여름부터 8월부터 당뇨약하고 고지혈증약하고 먹고 있어요. 그리고 오른쪽이 많이 다리가 부어서 혈액순환제하고 이런 거를 먹어야 되는데 안 먹고 맨날 아프다 그래요. 통통 붓고.” (중장년 E의 활동지원사)

“선생님이 신장이 안 좋다 그러시더라고요. 지금 1, 2, 3, 4로 따지면 거의 3 정도 가고 있는데 좀 있으면 투석을 해야 될 것 같지 않나 이래서 그거를 요번에 이번엔 다시 검사를 해봐야 된다고 그러더라고요. 약을 많이 오래 먹었으니까 안 좋아질 수밖에 없는데...” (중장년 D)

노화로 인한 전반적 기능 저하가 나타나기도 하였다. 참여자 A는 50대에 들어서면서 무릎 관절에 이상이 생기고, 이전에 비해 아픈 일이 잦아졌다. A는 건강의 악화가 초래하는 삶의 질과 활력의 저하에 대해 호소하였다.

“작년에 무릎이 심하게 아프면서 무릎을 절개 되고 수술 앞까지 갔거든요. 그래서 물을 6개월 정도 뺐고 삶의 질이 떨어진 게 1년 사이에 상당히 많이 떨어졌었어요. 몸도 아프다 보니까 제가 119도 부른 적 있어요. (중략) 몸이 아프니까 자신감이 많이 떨어지더라고요. 최근에 들어서 50이 되면서 몸이 많이 아팠고 그전에는 뽕뽕해서 즐겁게 생활도 하고 연애도 여러 번 하고, 운동도 재미있게 하고 이랬는데 작년하고 올해가 제일 힘들었던 때인 것 같아요.” (중장년 A)

참여자들은 의료서비스에 대한 의존이 높지 않은 편이어서 비대면 진료 등 방문 건강관리에 대해서도 적극적인 욕구를 드러내지는 않았다. 현재 상태에서 크게 필요하지 않다는 회의적 태도를 보이거나, ‘있으면 좋을 것 같다’, ‘건강이 더 악화되어 외출이 어려워지면 좋을 것 같다’는 소극적 지지를 표현하기도 하였다.

“저 같은 경우는 활동보조인 서비스를 받고 있기 때문에 비대면은 그렇게 썩 필요하지는 않은 것 같아요. 가까이에 병원이 다 있어서 가려고 하면 바로 이동할 수 있으니까.” (중장년 C)

“제가 그렇게 많이 아프지는 않았기 때문에 집에만 있게 되면 비대면 의사 선생님이 방문하면 그것도 괜찮을 것 같긴 해요.” (중장년 C)

“도움 되죠. 할 수 있으면 편하게 치료받을 수 있을 것 같아요. (중략) 내과나 다른 질환 같은 거는 비대면으로 해주면 편할 것 같긴 해서 앞으로 바뀌면 좋을 것 같긴 해요.”
(중장년 A)

그러나 이와 동시에 비대면 진료의 신뢰성에 대한 우려를 제기하기도 했다.

“생각을 해 볼 때 기존대로 대면이 낫겠습니다. (중략) 자세히 보니까 약간 피부상태나 몸 상태를 봐야 되는데 비대면이면 힘들 수도 있을 것 같아요.” (중장년 A)

7) 기술적인 지원 욕구

기술적인 지원에 대한 기대감과 욕구를 드러내기도 하였다. 시각장애인 B는 기술 수준이 높아져서 시각장애인이 활동하기가 ‘예전보다 나아졌다’고 하면서도, 촉지(觸知)가 어려워 시각장애인이 이용하기 불편한 기술을 지적하기도 하였다. 그는 이러한 제품과 기술의 개선 필요성을 강조하였다.

“인터넷 쇼핑이나 웹 쪽이나 우리 시 기술 발달하니까 시각장애인이 집에 컨트롤하는 월패드 우리 터치 패드라든가 아니면 관리하는 부분에 있어서 모르는 것을 만약에 활동지원사가 잘 모르면 그걸 시의 도움을 받아서 어느 정도 정보를 유추한다든가 이런 부분들도 예전보다 좋아져서 어쨌든 정보를 얻을 수 있는 루트도 많아졌고 어쨌든 살기가 예전보다는 나아진 것 같아요.” (중장년 B)

“월패드나 이런 게 워낙 터치가 많아요. 근데 저는 어지간한 우리 도어락 같은 것도 터치는 제가 하고 하는데 보면 월패드 우리 현관문에 누가 벨 눌러서 문 열어주고 하는 단말기 있잖아요. 컨트롤하는 기능, 주차장에 누가 들어왔으면 알려주기도 하고 아니면 보일러도 이걸로 컨트롤 하고 요즘엔 그렇잖아요. 이것이 진짜 시각장애 근데 이걸 시각장애 뿐만 아니고 어르신들 시력이 안 좋은 분들도 이걸 되게 불편한데 (중략) 본인이 스스로 하고 싶어 하는 본인의 패턴에 맞는 삶이 있기 때문에 그런 걸 고려한다면 독립적으로 시

각장애인이나 독립적으로 사용할 수 있는 집안 환경 구축 이런 것도 필요하지 않냐 그런 말씀을 드리고 싶습니다.” (중장년 B)

8) 앞으로의 삶에 대한 우려

1인 가구로의 삶은 익숙하지만 나 이외에 누구도 책임져 주지 않는 삶으로의 불안감이 있다고 하였다. 하루하루 현재에 충실하자는 마음으로 생활하지만, 미래 계획을 이야기할 때는 암담하다는 답변이 나왔다.

“내가 진짜 치매가 됐다면 저기도 병원도 가야겠고 병원 가면 다 있긴 하겠지만 솔직히 지금 이후로 10년 후가 암담해요. 어떻게 해야 될지도 모르겠고 특히 세워진 계획도 없고 닥치는 대로 안 좋으면 안 좋은 대로 가는 거고 그런 것 같아요. 지금 있는 시간만 즐겁게 살면 되겠다 싶어요. 그때 가면 나를 책임질 사람이 없으니까 암담한 거죠.” (중장년 D)

중장년 참여자들은 노년기 이후의 삶을 구체적으로 준비하는 단계는 아니었다. 큰 변화 없이 ‘지금 이 상태로 유지만 해도 감사하다’고 현재 삶에 대한 전반적 만족을 표현한 경우도 하였으나(참여자 C), 인터뷰 중 막연한 불안감을 드러내기도 하였다(참여자 B).

“저는 어차피 제가 회복이 안 되는 거잖아요. 이거 다친 거기 때문에 지금 활동보조 시간 받아서 또 매일 운동하고 하는 거에 만족하고 있어요. (중략) (나이 들고 더 건강이 안 좋아지는 경우의 대처는) 딱히 생각해 본 적은 없는데. (중략) 제가 아직까지는 그렇게 멀리까지는 생각 안 해봤는데 지금 이 상황 이 상태로만 유지만 되면 감사할 것 같아요.” (중장년 C)

“그런 나이는 가다 보면 금방 오겠죠. 요즘에 한 해 한 해 가는 속도가 정말 40km, 50km 속도로 간다고 할 만큼 그러니까 진짜 70살, 80살이 사실 금방 올 텐데 모르겠어요.” (중장년 B)

외로움을 1인 가구의 어려움으로 호소한 참여자 A는 ‘혼자 계속 사는 건 아닌 것 같다’며, ‘함께 하는 삶’에 대한 소망을 드러내기도 했다.

“저도 외로움을 잘 타고 사람들을 좋아하는 성격인데요. 그리고 결혼 생활도 오래 해 보고 해서 같이 있으면 좋은 점도 있고 불편한 점도 있는데 노년에는 누군가 같이 있고 싶은 마음이 있어요. 혼자 계속 사는 건 아닌 것 같긴 한데 결혼은 아니더라도 동거나 하면 서 살 수 있는 여자가 있으면 좋겠다 이런 생각은 해요.” (중장년 A)

D, E, F 사례는 노년기의 삶에 대해 지금 상태처럼 지역사회에서 1인 가구로 생활하기를 희망하였다. 치매 등 인지장애가 있지 않은 이상, 요양을 위한 시설 입소는 바라지 않았다.

“어느 시점에서는 당연히 가야죠. 가야 되는데 끝까지 버티려고요...제가 기억력만 안 흐트러뜨려지고 그러면 혼자 있어도 괜찮을 것 같아요. 친구도 있고 하니까.” (중장년 D)

“싫어요. 나이 들어서도 저는 좀 나만의 세상을 ...그게 나만의 공간을 누구도 아니고 그냥.” (중장년 E)

장애인 1인 가구에 대한 지원으로 가장 많이 나온 답은 활동지원서비스 등 돌봄서비스의 지속적 제공, 경제적 지원 확대(급여 확대)의 내용이었다.

“내가 노인이 됐을 때도 내 공간 안에서 잘 생활하고 싶다고 한다면 활동지원 서비스. 시간을 조금만 더 줬으면 좋겠어요.” (중장년 E)

현재 공적급여로 그리저럭 생활하고 있지만 갑자기 큰돈이 들 상황이 되면 이에 대한 경제적 여유가 없어서 불안하다고 하였다. 경제적으로 주위에 돈을 빌릴 수 있는 경우는 1사례만 가능할 거 같다고 하였고, 이마저도 100만 원 미만으로 가능할 거 같다고 하였다. 공적급여 수준이 낮은

경우, 정부가 제공하는 문화 바우처, 체육 바우처 등의 경우, 의도한 목적 외에 생필품 구매는 허용해 주는 것이 필요하다는 의견을 제시하였다(유연한 사용).

“문화 영화도 솔직히 우리 나이에 책을 사겠어요 공책을 사겠어요 연필을 사겠어요? 그것도 우리가 쓸 수 있는 거에다 쓰게 해주면 좋아. 돈이 덜 들어가겠죠. 만약에 생활용품을 살 수 있다든가 그렇게 하면 휴지를 사든 비누를 사든 세탁비누를 사든 그걸 해주면 훨씬 내가 사는 데 질에 도움이 되겠죠.” (중장년 D)

건강한 중장년, 노년기 삶을 위해서는 의료 지원 및 건강관리 지원이 필수적인 상황이었다. 현재로는 진행성 질환을 갖고 있는 경우, 보다 적극적인 서비스 이용 방식(장애인 건강주치의, 방문진료·간호, 비대면 진료 방식 도입 등)에 대해서 이용 의사를 보였다. 그렇지만 노년기에는 방문 의료서비스, 건강주치의 등 적극적인 의료서비스 지원 방식이 필요할 것으로 예상하였다.

“지금 내 나이에서는 아직 잘 모르겠어요. 지금 나이가 더 들면 좋을 것 같아요. 근데 지금에서는 나는 내가 나가서 바람 쐬면서 하는 것도 쉽고 그럴 것 같고 또 여기서 10년 후에 내가 진짜 힘들게 하면 그거는 관찮을 것 같아요.” (중장년 D)

장애인으로의 삶에 지역사회(이웃)의 배려가 필요하다고 하였다. 지하철 이용에서 전동휠체어 이용 장애인을 위한 공간 배려, 이웃의 이해 등 전반적인 장애 인식의 제고가 필요하다고 하였다.

“이거는 지하철은 다 잘 되어 있는데 시민의식이예요. 시민의식. 아직까지 우리나라는 지하철을 이용하시는 분들이 노인 분들이 많으시잖아요. 노인 분들도 반 장애인이고 이런데 배려가 좀 없습니다.” (중장년 E의 활동지원사)

“##씨는 아무 생각 없이 (전동휠체어 타고) 막 지하철 타거든요. 그러면 승차하면서

부딪히고 이런 게 저는 그런 게 항상 조마조마해요. 그런 거. 이거는 시민의식이죠. 배려하는 마음이 아직 좀 없는 거 같아요.” (중장년 E의 활동지원사)

6. 노년기 1인 가구의 삶

가. 응답자 기본정보

〈표 4-29〉 노년층 1인 가구 인터뷰 참여자 일반사항

생애주기	참여자	성별	연령 (세)	장애 유형	장애 정도	가구 형성 (자발 vs. 비자발)	주관적 신체적 건강 상태	서비스 이용 유무	경제 활동 유무
노년층	A	여자	68	시각	심한	비자발	양호	돌봄 서비스+ 기초수급	비참여
	B	남자	66	지체	심한	비자발	양호	기초수급	비참여
	C	남자	65	지체	심한	비자발	나쁨	기초수급	비참여
	D	여자	67	지체	심하지 않은	비자발	양호	기초수급	비참여
	E	여자	79	시각	심한	비자발	나쁨	돌봄 서비스	비참여
	F	남자	68	지체	심한	비자발	다소 나쁨	돌봄 서비스+ 기초수급	간헐적 참여

출처: 연구진이 작성

나. 인터뷰 내용 분석

1) 1인 가구의 형성: 배우자 사망, 이혼, 자녀 독립

참여자들은 대부분 가족 구성원의 상실과 관계 단절을 계기로 1인 가구가 되었다. 이혼, 배우자 사망, 자녀의 독립 등은 개인의 의지와 무관하게 발생한 전환점으로, 이들은 각각의 상황 속에서 혼자로서의 삶을 시작하였다. A는 어머니 사망으로, B와 C, F는 이혼으로, D는 남편의 사망으로 혼자가 되었으며, E는 배우자 사망과 자녀의 해외 이주를 계기로 독거생활을 시작하였다. 이처럼 여섯 명 모두의 1인 가구 형성은 선택이 아닌 불가피한 가족 해체 과정의 결과로 나타났으며, 이 경험은 노년기까지 이어지고 있다.

“엄마랑 같이 살다가 엄마가 17년도에 엄마가 돌아가시면서 혼자 살게 된 거예요. … 엄마가 딱 돌아가시고 무서워서 문도 현관문도 못 열었어요.” (노년층 A)

“2016년에 아내와 이혼을 하게 됐어요. 그래서 혼자 지내게 되고 다행히 아이들이 다 성장해서 큰 애는 결혼을 했고 작은 애는 자기 밥벌이 정도 할 정도로 일을 하고 있고요. … 함께 살다가 혼자 지낸다고 하는 것이 굉장히 사실은 막막했어요.” (노년층 B)

“이혼하고서부터 1인 가구가 됐으니까.” (노년층 C)

“남편하고 살 때가 힘이 들었어요. 시댁에 빚 갚아야 하는 거 때문에 힘들었고 남편이 알코올 중독이 심했어요. 오히려 남편 떠나고.” (노년층 D)

“애들은 다 외국에 나가서 살고, 큰 놈은 베트남에서 살고, 딸은 미국에서 살고… (남편은) 죽어버리니까 나 혼자.” (노년층 E)

“56살부터 혼자예요. 그전엔 형이랑 살았을 때도 있었는데, 결국엔 다 혼자 남게 됐죠. 결국은 혼자 남아…사실 결혼도 했었죠. 근데 이혼하고 혼자예요.” (노년층 F)

2) 하루 일과: 활동 수준의 극명한 차이

A, B, D, F는 복지관이나 사회활동 중심의 규칙적 생활을 하지만, C와 E는 복지관을 이용하긴 하지만 활동량이 많지 않고 상대적으로 외출 등 고립된 일상을 보내고 있었다. 이들의 하루 일과와 마음 상태는 극명한 차이를 나타냈다.

“8시 반쯤에 활동지원사랑 집 앞에서 만나면 월수금은 헬스를 가요. 화요일, 목요일은 하루 종일 쇼다운을 해요.” (노년층 A)

“오전 7시쯤 일어나서 11시에 복지관 가서 식사하고 협회나 센터에서 지내다가 오후 4시까지 활동해요.” (노년층 B)

“아침에 4시 반에 일어나서 새벽 기도 갔다 와서 씻고 밥 먹고 복지관 와요. 10시 반에 서예 하고 4시에 끝나면 집에 가서 정리하고. 오며가며 폐지, 박스 같은 거 있으면 줍기도 하고 그래요. 그게 굉장히 건강에 좋고 도움이 돼요.” (노년층 D)

“장애인복지관에 10시쯤 나가면 점심 먹고, 커피 한 잔 마시고 한시쯤 집에 와요. 그게 다예요. 뭐 할게 있나.. 그렇지..” (노년층 C)

“9시에 (시각장애인복지관 차량이) 데리러 와요. 우리 집까지 손 잡고 가서 태워주고 4시 넘으면 데려다 주고 그게 다예요. 뭐. 말하면 눈물나요. 더 이상 물어보지 마세요” (노년층 E)

“월요일부터 금요일까지 복지관에서 아침 10시부터 4시 반까지 있어요. 거기 셔틀버스가 있어요.” (노년층 F)

3) 건강상태: 적극적 관리 vs. 만성질환 복합

참여자들의 하루 일과는 건강 상태와 사회활동 참여 수준에 따라 뚜렷하게 구분되었다. 활동적 집단(A, B, D)은 복지관 프로그램이나 운동,

사회참여 중심의 규칙적이고 외향적인 생활을 보였으며, 상대적으로 건강상태가 양호하고 자기관리 수준이 높았다. 반면 제한적 집단(C, E)은 복지관을 이용하더라도 외출 빈도가 낮고, 정서적 고립과 피로를 호소하였다. 이처럼 노년기 장애인 1인 가구의 일상은 자기주도적 활동을 유지하는 유형(A, B, D, F)과 의존적·제한적 생활 유형(C, E)으로 양분되었으며, 이러한 차이는 신체 기능 수준뿐 아니라 사회적 연결망의 유무와도 밀접하게 관련되어 있었다.

“운동 덕분에 병원 갈 일이 없어요. 건강검진에서도 이상 없답니다.” (노년층 A)

“제가 혈압도 정상으로 돌아왔고요. 혈압약 안 먹어요. 운동하면서 건강 식품도 먹고 그러니까 괜찮아졌어요. 아침마다 제가 혈압 재요. 그것을 2년째 계속 하고 있는데 정상이에요.” ... “진통제가 다 독이잖아요. 치료가 되는 건 아니잖아요. 그래서 저는 진통제 안 먹어요. 감기약도 되도록이면 안 먹어요. 열심히 운동하니까 감기도 거의 잘 안 걸려요.” (노년층 D)

“제가 상당히 건강한 편이었어요. 다리만 그럴 뿐이지. 불편한 게 없었는데 어떻게 혼자 있다 보니까 18년에 당뇨가 왔거든요. (이혼하고) 혼자 2년 정도 지나면서 (제대로 못 챙겨 먹고 그러니) 그랬던 것 같아요.” (노년층 B)

“고혈압 약 먹고 나 특별한 건 없는데 요새 건강 검진했더니 체지방이 내가 몸무게가 많이 들어서 체지방이 엄청나게 안 좋아서 살을 10kg 빼라고 하더라고...그리고 (지체장애 때문에) 자꾸 고관절이 있는데 무릎, 관절이 요새 안 좋네요.” (노년층 F)

“이제 나이가 있으니까. 젊었을 때는 잘 모르겠는데 나이 먹으니까 무릎 관절에 문제가 오잖아요. 무릎도 아프고 허리도 아프고...또 허리가 많이 아파요. 지금은. 병원에서는 한쪽으론 힘을 쓰다 보니까 허리도 아프고 다리도 아프다, 이렇게 얘기하는데 다른 방법은 없는 거 같아요...그리고 천식, 고지혈 약을 매일 먹어요. 의료급여 일수 때문에 물리 치료를 많이 못 가요...” (노년층 C)

“(눈) 한쪽은 5~6년 전에 완전히 잃어버리고 한쪽 눈만 희미하게 보여요. 치매 약 4년째 먹고 있어요. 고관절도 수술해서 다리도 아프고... 치매초기라고 해서 치매약도 먹기 시작했어요.” (노년층 E)

“앞날이 불안하니까. 미래가 불안하니까. 저는 생활이야 수급비 가지고 하는 거고. 수급비 가지고 그냥저냥 목구멍으로 사는 거고. 그렇다고 내가 자식이 있는 것도 아니고 견사할 사람도 없고. 다른 거 걱정거리는 하나도 없는데 단지 내가 만약에 아프면 어떻게 해야 되는지 그런 게 제일 큰 걱정이예요. 제일 큰 걱정이예요.” (노년층 C)

4) 병원 이용과 의료 접근성

노년기 장애인 1인 가구의 의료 이용 양상은 병원 이용 시 부를 수 있는 사람의 유무나 이동을 위해 필요한 교통편의 유무 등에 따라 크게 달랐다. D는 콜택시를 이용해 혼자 병원을 다니고 있으며, 꾸준한 운동과 건강관리로 최근에는 병원 방문이 줄었다고 하였고, 반면, B는 병원이 가까움에도 부를 수 있는 보호자의 부재로 검사나 시술 과정에서 어려움을 겪은 적이 있다고 응답했다. C는 의료급여 1종 수급자로서 약 조제 일수가 365일 한도에서 차감되는 제도적 제약으로 인해 병원 이용을 스스로 제한하며 이에 따라 만성질환 관리와 물리치료 접근이 불규칙하게 이루어지고 있었다. 한편, E는 자녀가 모두 멀리 거주하여 보호자 동행이 불가능하며, 수술과 치료 결정을 모두 혼자 감당하고 있어 자신의 처지를 이야기하는 것을 꺼리는 특성을 보였다. 대체로 긴급 상황 대응에의 한계를 인지하고 있었다.

“전에는 혈압약, 간 수치 검사 때문에 내과 다녔고 다리 아파서 정형외과도 다녔었는데 안간 자가 지금 몇 달 돼요. 건강 관리를 내 스스로 얼마나 열심히 하는지 몰라요.” (노년층 D)

“검사받을 때 보호자가 있으면 좋겠는데 그런 도움이 없으니까 많이 힘들죠.” (노년층 B)

“천식 때문에 365일 약을 타야 하니까 ... 의료급여자는 약 타온 일수를 계산해서 빼니까 물리치료를 많이 못 가요.” (노년층 C)

“수술할 때도 애들 오라고도 안 했어요. 애들이 돈만 보내주면 퇴원하면 되는 거니까. (나 혼자 해요).” (노년층 E)

5) E 사례의 특수성: 비수급자 시각장애 노인의 경제적·정서적 취약성

E 사례는 다른 참여자와 달리 비수급 상태의 시각장애 노인이라는 점에서 뚜렷한 차이를 보였다. 자가 주택이 있어 주거비 부담은 없지만, 의료비와 생활비를 자녀에게 의존하는 상황으로 인해 지속적인 심리적 부담을 호소하였다. 건강상태도 좋지 않고, 신세를 한탄하며 제한적인 생활만을 하고 있다. 현재 생활은 자녀의 경제적 지원, 노령연금 그리고 장애수당에 의존하며 유지되고 있었다. 외부활동은 시각장애인복지관 방문과 주말 교회 출석으로 한정되어 있으며, 요양보호사가 주 3회 방문하여 식사와 청소를 도와주는 것이 일상생활의 유일한 지원 체계였다. E는 자존심 때문에 기초생활수급 신청을 오랫동안 망설였으나, 자녀에게 경제적 부담을 덜기 위해 최근 신청을 결심하였다. 그러나 자녀에게 의존해야만 하는 상황이 정서적 위축을 심화시키고 있었다. 특히 시각장애, 고혈압, 치매 초기 증상 등 복합적 질병이 겹쳐 있으나 실질적인 의료 접근성은 낮았다. 반면 A, B, C, D, F는 모두 기초생활수급자로서 각종 복지서비스를 이용하고 있었고, 특히 D는 복지관 프로그램과 보건소 재활치료를 적극 활용하며 높은 삶의 만족도를 보여주었다. 이와 비교할 때 E는 제도 밖에서 경제적 불안과 시각장애인복지관을 이용함에도 불구하고 정서적 고립, 의료 접근 제한이 중첩된 복합 취약성을 보였다.

“오죽하면 자존심이 강한 사람이 수급자 노릇을 하려고 하니까 눈물 나지… 수급자라도 해서 자식한테 손 덜 벌리면 그게 나한테는 괜찮지 않을까. ... 돈 없으면 힘들죠. 아들한테 미안하고… 약값도 다 아들 돈으로 퍼붓고 살아요.” (노년층 E)

“요양보호사가 전기 밥솥에다 쌀 씻어 꽃아 놓고 가고 반찬 있는 대로 챙겨놔 주고. 이틀에 한 번씩 오니까 밥 해놓으면 이틀 먹잖아요. 그렇게 살아요.” (노년층 E)

6) 지역에서의 삶을 위한 다양한 지원 요구

B는 삶에 필요한 지원을 받고 싶어도 관련 정보를 습득하고 이해하고 활용하기에 어렵다고 호소했다.

“근데 사실 저도 복지료를 보면서도 거기에 있는 내용을 찾는 게 사실은 어려운 게 있어요. 글 내용도 딱딱하고요. 그걸 찾아서 알려주기가 어려운 부분들이 많더라고요. 물론 제가 여기에 관련된 일을 하는 건 아니지만 저도 당사자로서 불편한 사람들이 있을 때 같이 이런 것들을 알고 하면 더 서로 정보를 습득하는 데 도움이 되지 않을까. 그런 안전망이 구축됐으면 좋겠다. 그런 얘기를 했었어요.” (노년층 B)

A는 “집안일을 도와줄 활동지원 시간이 부족하다”고 했다. D는 “혼자서 할 수 있는 한 스스로 하려고 활동지원사를 신청하지 않았지만, 나이가 들면서 (필요할 때) 청소와 정리 등을 간헐적으로 도와줄 수 있는 지원이 필요함을 느낀다”고 말했다.

“외부 활동을 전부 지원해 주셔서 집 활동을 도와줄 시간이 모자라요.” (노년층 A)

“집이 한 칸이라서 정리해놓을 데가 없잖아요. 정리를 하려면 남자의 힘이 필요하고 도와주는 사람의 힘이 필요하잖아요. 하루 종일 복지관 왔다갔다하니까 집안 정리가 제대로 안 돼서. 아, 이래서 같이 도와주는 사람이 필요하구나, 이런 생각이 들긴 했거든요.” (노년층 D)

B는 “병원 동행서비스와 장보기 지원이 필요하다”고 했다. C는 의료급여 일수 제한이나 응급실 이용 시에도 지원해 주면 좋겠고 병원에서 보호자를 요구하는 것에 대한 불편함도 호소했다. D는 보건소의 ‘오늘의 건강’ 프로그램, 재활치료 교실, 방문 물리치료 등을 적극 활용하며 “이러한 프로그램이 건강 유지에 큰 도움이 된다”고 강조했다. 보건소 프로그램이 더 많이 활성화된다면 좋겠다고도 했다. D는 방문 물리치료에 대해서도 긍정적으로 평가했다.

“저는 병원 동행하는 거 시장 같이 보는 거 두 가지 정도면 될 거예요.” (노년층 B)

“365일에서 약 타운 일수를 빼니까 병원을 자주 못 가요. 필요한 만큼 병원 갈 수 있게 해주면 좋겠어요...내가 응급 상황이 났을 때 그런 게. 주로 보면 1인 가족 고독사, 이런 거 뉴스에서 나오잖아요. 그런 거 보면 참 남 일 같지가 않죠...그리고 병원에 가면 또 혼자 왔냐고 자꾸 물어봐서, 보호자가 없느냐고 자꾸 물어보고 이러니까. 그런 게 좀 문제가 있고. 그러다 보니 또 마음의 병 같은 것도 좀 있죠.” (노년층 C)

“보건소에서 작년에 ‘오늘의 건강’이라는 프로그램 해서요. 체중계하고 혈압 재는 혈압계하고 하루에 30분 이상 걷는 거. 1년 동안 꾸준히 했거든요. 그리고 재활치료 교실에서 요가도 하고 만들기도 하고. 너무 좋죠.” (노년층 D)

“바른 자세 프로그램, 집에 와서 물리치료해주는 것도 받았어요. 괜찮았죠. 좋았죠. 공기로 하는 거, 저주파 전기치료, 손으로 해주는 거. 많이 도움되죠.” (노년층 D)

C는 “수급비가 물가에 비해 낮고, 3급 장애인에게도 장애인연금을 지급해야 한다”고 강조했다. D는 “기초연금이 생겼을 때 기대했으나 생계비에서 동일하게 차감돼 실망했다”며 제도 개선을 요구했다. E는 “경제적 지원만 있다면 자녀에게 손 털 벌릴 수 있을 것”이라며 수급 신청을 고민 중이라고 했다.

“수급비가 70만 원인데 물가는 너무 비싸요. 3급도 나가서 일을 못 하는데 2급처럼 장애인연금 좀 줬으면 좋겠어요.” (노년층 C)

“기초연금도 나오잖아요. 그런데 세상에. 이제 좀 덜 힘들게, 뭘 먹으면서 살만하겠다 했더니 기초연금도 수입이라고 생활비를 딱 잘라버리더라고요. 그게 너무 서운했어요. ‘너희 수준은 거기 수준 안에서 살아라’ 그러는 거 같아서 너무 속상했어요.” (노년층 D)

“돈 없으면 자식한테 손 벌리는데 수급자라도 해서 조금이라도 자식한테 손 덜 벌리면 그게 나한테는 괜찮지 않을까...” (노년층 E)

B와 D는 “혼자 살면서 식사를 거르는 경우가 많고 단백질 보충이 부족하다”며 반찬 배달 서비스의 필요성을 인정했다. D는 “복지관과 보건소 프로그램을 적극 활용하며 만족스럽게 생활하고 있다”며 이러한 지역사회 자원의 중요성을 강조했다. 그러나 C는 건강에 대한 염려가 높았는데 보건소가 어떠한 서비스가 있는지 어떤 도움을 받을 수 있는지 전혀 알지 못하기도 했다. B는 “국가가 중증 장애 노인이 집에서 존엄을 지키며 살 수 있도록 통합돌봄 시스템을 구축해야 한다”고 강조했다.

“남편 있으면 잘 챙겨 먹었는데 혼자 사니까 거르게 돼요. 복잡하고 바쁘면 있는 거 몇 가지 먹을 때도 있고. 단백질 보충이 부족해요. 반찬 배달 서비스 해주면 좋죠. 전 요리가 진짜 안 돼요.” (노년층 D)

“완성된 만들어진 식품이나 이런 게 있으면 저희 입장에서는 데워 먹기만 하면 되니까 불편함이 줄어들죠...다행히 이번에 저희 협회에서 어머니들이 추석 대비해서 장애인들을 위해서 반찬을 만들어줬어요. 이번에 반찬을 많이 갖고 와서 이번에 마음이 풍요로우요. 냉장고가 가득 차니까 웬지 돈보다도 더 부자가 된 것 같아요. 몇 개 없었는데 음료, 물밖에 없었는데 .. 행복해지더라고요.” (노년층 B)

“나는 지금에 좀 만족하고 살아서. 우리 복지관에 선생님들도 잘 해주시고 시설도 좋고 괜찮아요. 보건소도 이용하고 재활치료도 하고. 그래도 정부가 장애인들을 위해서 더

마음을 넉넉히 가져줬으면 좋겠어요. 생색내지 말고.” (노년층 D)

“지난번에 여기 보건소에 가봤는데, ... 보건소는 진짜 잘 지어놨더라고. 진짜 으리리하게 지어놨더라? 그런데 내가 이렇게 큰 보건소를 지어놓고 이 많은 사람들이 여기서 하는 일이 뭘까? 그런 생각이 들더라고. 나는 뭐하는 곳인지도 몰라.” (노년층 C)

“의지할 곳 없는 중증 장애 노인들이 마지막까지 집에서 존엄을 지켜서 살아갈 수 있도록 통합돌봄 커뮤니케어 시스템을 만들어야 합니다.” (노년층 B)

대부분의 노년층 1인 가구는 외로움, 고립 등의 이슈가 삶의 질을 떨어뜨리는 요소로 자리하고 있었다. E는 “요양보호사가 주 3회 방문하지만 혼자 있는 시간이 많아 외롭다”고 말했다. 돌봄 서비스를 이용하지 않는 경우도 혼자 있어 느껴지는 외로움이 나이가 들수록 더해진다고 했다.

“외롭고 쓸쓸하고 그런 거 있고 아무래도 같이 살 때가 훨씬 좋았죠. 나이가 들고 하나 까 자꾸 도움이 필요하고 그런 게 많이 외로움을 느끼고 그렇더라고요.” (노년층 F)

“일단 (나이가 드니까) 청각에 문제가 좀 있고. 그리고 일단 혼자 있으면 젊었을 때보다 외롭다고 해야 되는 건가? 하여튼 이런 게 좀 있잖아요. 적절한 게. 젊었을 때는 이런 생각을 안 하고도 살았는데 이제 나이가 들고 자주 병원 신세도 지게 되고 이러다 보니까...혼자 있으면. 누구한테 얘기를 못 해도 그런 게 있죠. 자꾸 그런 생각을 안 하려고 스스로 마음을 좀 추스리지만 그래도 자꾸 다운되는 건 어쩔 수 없는 거 같아요.” (노년층 C)

7) 노년기 장애인 1인 가구의 생애 말기 인식과 욕구

노년기 장애인 1인 가구는 생애 말기에 대해 각기 다른 인식과 준비 수준을 보였다. 이들의 진술을 종합하면, 집에서의 존엄한 임종, 불필요한 연명치료 거부, 시설 입소에 대한 양가적 태도, 경제적 현실과의 타협 등이 주요 주제로 나타났다. 참여자들은 대체로 가능한 한 집에서 생활하다

가 자연스럽게 임종을 맞이하고 싶다는 욕구를 표현했다. 병원에서 연명 치료를 받으며 생을 연장하는 것에 대해서는 부정적이었다.

“아프지 않고 스스로 활동하다가 빨리 죽는 것이 좋아요.. (중략) 연명치료를 원치 않아요. 아프지 않고 있다가 운동도 최대한으로 할 수 있는 데까지는 제가 최대한으로 하려고 해요. 안 된다 그다음에는 시설을 가든지 그래야 되지 않겠어요?...어떻게 될지 모르지만 하여튼 (시설) 가면 저 말고 다른 사람한테 먹는 거고 다 의지를 하는 거 아니에요? 맞잖아요. 최대한으로 안 갈 수 있을 때까지는 안 가고 제가 할 수 있도록 최대한으로 노력해서 마지막은 그렇게 되지 않겠어요? 요양원이나 시설에서 생 마감을 하겠죠. 병원에 가서 아픈 걸 고쳐서 생명을 더 연장하거나 늘리거나 그러고 싶은 생각은 없어요.” (노년층 A)

“저는 집에 있는 게 좋을 것 같아요. 집에 있는 게 좋을 것 같고, 의료상에서 더 이상 손을 대어도 어렵다고 한다면 전에 한번 뉴스인가 어디서 한번 TV에서 본 건데 연명치료 반대 하는 거 있죠? 그거 하고 제 몸의 일부를 기증하는 것 그거 두 개를 하고 싶어요. 부득이한 경우에 어렵다고 생각되면 굳이 연명해서 가족들이나 남은 사람들에게 힘들지 않게 되면 좋겠고, 그런 것들이 더 바람직하지 않나. 제가 아직 몸에 다른 부분들은 건강한 게 많으니까 그런 것들을 저보다 힘든 사람들에게 기증한다고 하면 나름대로의 제가 갖고 있는 생각도 될 수 있는 것 같고 그런 생각을 했어요.” (노년층 B)

“저는 사람들에게 ‘그 사람 잘 살다 갔다’ 그런 소리를 듣고 싶고. 저는 그냥 내가 건강하게 살다가 죽을 때 하나님께서 부르시면 잠자듯이 그렇게 가는 그런 죽음. 남들 보기에 흉하지 않게 그냥 ‘잘 지내다가 편안하게 잘 가셨다’ 그런 소리를 듣고 싶은 죽음을 원해요. 그래서 그렇게 살려고 노력을 하죠.” (노년층 D)

“아파서 숨 끊어지면 아무 때라도 발견하면 치워버리겠지... 오늘이라도 죽으면 좋겠어요. 애들한테 신세만 지고 사니까 ...죽으면 끝나는 거지 별 볼 일 없어요.” (노년층 E)

대부분의 참여자는 시설 입소를 최후의 불가피한 선택으로 인식했다. 가능한 한 집에서 생활하다가 스스로 돌볼 수 없게 되면 시설로 가야 한다고 생각했으나, 경제적 부담과 시설에 대한 부정적 경험 때문에 적극적

으로 원하지는 않았다.

“안 되면 시설을 가야겠지만, 최대한 운동하며 스스로 생활하고 싶어요. 시설에는 가고 싶지 않아요.” (노년층 A)

“저 같은 경우에는 내가 만약에...시설로 들어가겠죠. 내가 만약에 아무것도 못 하게 된다면. 그게 최고 좋은 방법 아니겠어요? 그렇다고 내 스스로 어떻게 할 수는 없고. 시설로 들어가야 되는데 그런 게 제일. 시설 안 들어가고 죽었으면 좋겠는데 그거는 마음대로 안 되는 거고... 우리 같은 사람들은 그런 데 돈 내고 들어갈 수 있는 형편이 안 되니까 이거는 정부 시설, 정부에서 운영하는 시설, 이런 데로 들어가야 되는데. 그런데 그런 게 우리나라에는 지금 그렇게 많이 활성화돼있지를 않잖아요. 그런 게 좀 자꾸 고령화 시대가 되고 또 수급자들 많고 또 장애인들도 많고 이런데 우리나라가 아직 복지, 복지 그러지만 그런 거는 좀 영 아닌 거 같아.” (노년층 C)

“시설은 저는 가고 싶지가 않은데요? 모르겠어요. 아직은 딸이 아가씨라서, 결혼 안 해서 어쩔지 모르지만 그냥 내 건강이 허락하는 한 내가 혼자 활동할 수 있으면 하고 정 힘들면 그냥 보조 받는. 그 생활지도사들이라든가 그런 거 있잖아요. 요양사들이라든가 집에 와서 해주는. 그런 쪽으로 좀 도움 받을 수 있으면 받고. 그렇게 살고 싶어요... 내가 돈이 많으면. 좀 돈을 많이 주고 가는 시설은 많은 혜택이 있다고 하더라고요? 내가 집에서 생활하는 것처럼 여러 가지 활동도 하면서. 그런데 아직은 그 정도가 아니니까. 우리 어머니도 시설에 있다가 돌아가셨어요. 우리 시어머니도 그러고 우리 어머니도 그러고. 친정 어머니도 그러셨는데 너무 나는 그것이 안 좋게 보였어요. 우리 어머니가 눈이 잘 안 보이는데 거기에서 대접해주는 분들이 제대로 못 해서 막 영양실조로 피부병이 오고 그렇게 돌아가신 걸 봤고. 우리 시어머니도 엄청 힘들게 계시다가 돌아가신 거 보고 그러니까 시설이 싫더라고요. 내가 좋은 면을 봤으면은 또 생각할 수 있는데.” (노년층 D)

B는 장애인 당사자가 생애 말기 계획을 미리 수립하고 준비할 수 있는 제도적 지원의 필요성을 제안했다.

“(생애말기 계획 수립 같은 제도) 이제는 시작이 돼야 될 거예요. 왜냐하면 65세 이상

인구가 제가 베이비붐 세대인데 앞으로 64년생, 67년생 계속 노인이 되잖아요. 2030년 가면 거의 전 국민의 3명 중에 2명이 노인이 된다고 하는데 아무튼 그런 것들이 준비되지 않으면 나름대로의 여러 가지 가족이라든가 연대가 더 힘들어지지 않을까 그런 생각이 들어서 그런 것들은 물론 시기적으로 언젠가 옳다 이런 건 아니지만 준비를 해서 장애인들의 경우는 그런 것들을 혼자 결정할 수 있는 게 없을 수도 있으니까 가족들이나 모든 사람들에게 미리 약속을 하고 해놓고 하면 나름대로의 준비도 되고, 내가 이렇게 살다가 해도 크게 어려움 없겠다. 내가 편히 지낼 수 있겠다 이런 것도 연관이 되니까 좋은 뜻일 것 같아요.” (노년층 B)

생애 말기에 대한 이상과 현실 사이에는 경제적 격차가 크게 작용했다. 좋은 시설은 비용 부담이 크고, 공공시설은 수준이 낮다는 인식이 공통적이었다.

“돈 많으면 그런 거 생각 안 하고 그냥 좋은 시설에 들어가면 되죠. 좋은 시설은 지금도 많이 있어요. 그거 들어가려면 얼마든지 있어요. 있는데 우리 같은 사람들이 걱정이다, 그런 얘기죠. 돈 없는 사람들이. 나라에서 빨리 그런 거를 좀 해줬으면 좋겠어요.” (노년층 C)

“그런 데 들어간다고 돈 들어가는데 ... (돈이 안 들어가는) 시설에 나중에는 들어가야지요. 뭐. 별수 없죠.” (노년층 E)

노년기 장애인 1인 가구의 생애 말기 인식을 종합하면, 이들은 집에서의 존엄한 임종, 불필요한 연명치료 거부, 재가 돌봄 서비스 확대, 경제적 부담 없는 공공 요양시설 확충을 공통적으로 요구하고 있다. 특히 B의 진술처럼, 장애인 당사자가 생애 말기 계획(사전돌봄계획, 연명치료 거부 의사, 장기기증 등)을 미리 수립하고 가족·지원체계와 공유할 수 있는 제도적 준비와 사회적 논의가 필요하다. 또한 D의 경험에서 나타난 기존 시설의 질적 수준을 개선하고, 경제적 여건과 무관하게 존엄한 돌봄을 받을 수 있는 공공 요양체계의 확충도 필요해 보인다. 결론적으로, 노년기 장

애인 1인 가구가 생애 말기를 준비하고 존엄하게 삶을 마무리하기 위해서는 재가 중심 통합돌봄 확대, 사전돌봄계획 지원 제도화, 공공 요양시설의 질적 개선 및 접근성 보장이 핵심 과제로 제시된다.

제4절 소결

장애인 1인 가구의 생애주기별·상태별 특성과 삶의 모습을 살펴본 결과 청년층 1인 가구와 중장년 및 노년층 1인 가구는 명확한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이에 소결에서는 중장년 및 노년층 1인 가구의 공통된 특성과 차별된 특성을 정리하고, 이어 청년층 1인 가구의 특성과 삶의 모습 그리고 이들을 위한 지원방안에 대해 정리하였다.

1. 중장년 및 노년층 1인 가구의 건강상태와 이용서비스, 필요 지원

중장년 및 노년층 1인 가구의 장애상태와 1인 가구 형성 과정 그리고 현재 이용 중인 서비스와 필요 서비스를 정리하면 다음과 같다.

〈표 4-30〉 중장년 및 노년층 1인 가구의 삶: 공통 vs. 차별적 특성

공통된 특성			
의료 및 건강 관련	1. 만성질환의 복합성 등 건강문제	2. 의료서비스 접근성의 장벽	3. 차 장애 예방 및 지속적 재활 욕구
돌봄 및 일상생활 지원 욕구	1. 일상생활 수행의 제약으로 인한 단기 돌봄 및 식생활 지원의 욕구	2. 사회적 고립과 정서적 취약성	-
경제 및 주거의 불안정성	1. 제한적 소득 구조와 빈곤의 악순환	2. 주거 불안정성과 주거환경의 문제	-

차별적 특성			
증장년층	1. 경제활동 참여 욕구와 자립 지향성	2. 기능회복 중심의 적극적 재활치료 욕구	3. 사회참여와 네트워크 등 사회참여 욕구
노년층	1. 노화와 장애 중첩으로 인한 기능제한의 가속화	2. 안전 및 응급 대응의 높은 욕구	3. 디지털 소외와 사회적 고립

출처: 연구진이 작성.

장애인 1인 가구가 지역사회에서 안전하고 존엄하게 자립생활을 영위하려면 생애주기를 관통하는 공통 지원체제와 생애주기별 특성을 반영한 차별화된 지원이 동시에 필요하다. 본 분석은 심층 면접을 통해 도출된 공통 특성과 증장년기·노년기 간 차별적 특성을 정리하였다. 도출된 공통된 특성으로는 크게 (1) 의료 및 건강 관련 이슈, (2) 돌봄 및 일상생활 지원 욕구, (3) 경제 및 주거의 불안정성으로 정리할 수 있다.

의료 및 건강 관련 이슈로는 첫째, 건강 문제의 중첩성이다. 면접 대상자들은 기본 장애 외에도 고혈압, 당뇨, 관절염, 골다공증, 심혈관 질환 등 복합적 만성질환을 보유했다. 특히 장애로 인한 신체활동 제한이 이차적 대사질환과 근골격계 질환을 초래하는 악순환 구조가 확인되었다. 대부분이 3~5가지 이상의 약물을 복용하고 있어 약물 관리 부담과 약물 간 상호작용 우려가 공통적으로 나타났다. 둘째, 의료서비스 접근성의 장벽이다. 1인 가구 장애인들은 이동 수단 확보, 보호자 동반, 의료진과의 의사소통 등 다층적 접근성 문제를 경험한다. 장애인콜택시 의존에도 불구하고 예약 제한과 비용 부담이 지적되었으며, 이동 지원 부재 시 병원 방문을 미루거나 포기하는 사례가 확인되어 의료서비스 접근성이 직접적 건강 악화 요인으로 작용하고 있다. 셋째, 2차 장애 예방과 지속적 재활 욕구이다. 신체 장애인들은 신체적 기능 저하, 욕창, 낙상 등 2차 장애 예방의 필요성을 강조했고, 물리·작업치료와 재활운동에 대한 욕구가 높았

다. 그러나 이러한 욕구는 보건소와 의료기관의 제한된 서비스로 충족되지 못하고 있었으며, 이러한 서비스의 부재로 기능 저하가 가속화되는 문제가 제기되었다.

돌봄 및 일상생활 지원 욕구로는 첫째, 단기 돌봄과 식생활 지원의 필요성이 제기되었다. 식사 준비, 청소, 빨래, 목욕 등 기본적 일상생활활동 수행을 위한 필수적인 지원이 필요한 상황에서 대체로 돌봄서비스에 대한 의존도가 높았으며, 돌봄서비스 미이용자의 경우에도 병원 방문이나 외출 시 필요할 때, 단기적으로 이용할 수 있는 돌봄 지원을 필요로 하였다. 이는 필요시 즉시 이용할 수 있는 다양한 단기 돌봄 서비스의 확충을 의미한다. 이 외에 중요하게 제기된 것이 반찬 배달 같은 식생활 지원이었다. 면접 대상자들은 장애로 인한 신체 기능 제약으로 음식 준비와 조리가 어렵거나 불가능한 상황에서 균형 잡힌 식단 제공에 대한 강한 욕구를 나타냈다. 특히 식단 관리가 필수적인 당뇨, 고혈압 등 만성질환 관리 대상자들은 단순히 끼니를 채우는 차원을 넘어 질환 관련 식이 요법을 반영한 맞춤형 식단의 제공을 필요로 했다. 이는 장애인 1인 가구의 복합적 욕구에 대응하는 영양 맞춤형 식생활 지원 서비스의 확대 필요성을 강조한다. 둘째, 사회적 고립과 정서적 취약성이다. 1인 가구 장애인은 장애로 인한 사회적 배제로 인한 고립의 이슈에서 자유롭지 못하며, 더불어 1인 가구로서의 고립이 증첩되어 심리적 어려움과 정서적 지지체계 부재에 노출된다. 신체 건강 악화는 사회적 관계 축소로 이어지고, 반대로 사회적 고립은 신체 건강 악화를 야기하는 악순환 구조가 형성된다. 특히 건강이 악화된 대상자들이 가족으로부터 지원을 받지 못하는 경향이 확인되어, 정서적 지원, 자조모임, 사회적 관계망 구축을 위한 지역 네트워크 구축이 필수적임을 시사한다.

또 다른 공통된 특징으로는 경제 및 주거의 불안정성 이슈가 있다. 구

체적으로는 첫째, 제한적 소득과 빈곤의 악순환 이슈이다. 면접 대상자들은 국민기초생활수급비, 장애인연금, 기초연금 등 공적 이전소득에 의존하며, 대부분 근로소득이 없거나 극히 제한적이다. 월 소득 150만~200만 원 이하에서 월세, 공과금, 의료비 등 기본 생활비가 상당 비중을 차지하여 생활이 극히 곤란한 경우도 있고, 장애와 1인 가구라는 이중 조건으로 경제적 자립이 거의 불가능하며, 예기치 않은 의료비 발생 시 대응할 여유가 전혀 없기도 하였다. 둘째, 주거 불안정과 환경 문제도 있다. 다수가 임대주택에 거주하나 협소함에 대한 불만이 있었고, 비임대 거주자는 월세·전세로 주거 불안정성을 안고 있다. 주거비가 가계의 큰 부분을 차지하며, 아파트가 아닌 단독주택 등의 거주는 장애인용 편의시설 설치, 욕실 구조 개선, 난방시설 수리 등 주거환경 개선이 필요하나 경제적 제약으로 주거 환경의 불안정성 이슈가 제기되기도 하였다.

2025년 2월 국회를 통과한 「장애인지역사회자립법」은 향후 장애인이 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있도록 주거 및 활동지원 등 필수 제도를 법적으로 마련했다는 점에서 중요한 의미를 가진다. 법의 핵심 목적과 구조가 독립적 주거와 자립생활 지원에 있으므로, 실질적으로 1인 가구 장애인을 포괄적으로 지원하는 법으로 이해된다. 특히 ‘개인별 주택’, ‘독립된 주체’, ‘주거선택권’, ‘동거인 선택권’ 등의 표현은 1인 가구 장애인의 자립생활을 명확히 보장하는 법적 근거가 된다. 다만, 향후 시행령이나 시행규칙에서 1인 가구 장애인의 특수한 욕구(사회적 고립 예방, 응급 대응, 정서적 지원 등)를 명시적으로 반영하는 세부 규정 마련이 필요할 것으로 보인다.

향후 장애인 1인 가구가 이 법을 통해서 거주 안정성을 확보하고, 사회적 관계망을 유지할 수 있는 기반이 마련될 것으로 기대한다. 「장애인지역사회자립법」의 시행은 주거 불안과 자립생활에 어려움을 겪던 장애인

1인 가구의 실질적인 자립을 지원하는 중요한 전환점이 될 전망이다.

생애주기별 장애인 1인 가구의 차별성으로는 중장년기 1인 가구의 경우 (1) 경제활동 참여 욕구와 자립 지향성, (2) 기능 회복 중심의 적극적 재활치료의 욕구, (3) 사회참여와 소속감에 대한 강한 욕구 등이 강한 반면, 노년기 장애인 1인 가구의 경우에는 (1) 노화와 장애 중첩으로 인한 기능제한의 가속화, (2) 안전 및 응급 대응의 높은 욕구, (3) 디지털 소외와 사회적 고립의 차별적인 욕구로 정리할 수 있다. 중장년기(40~64세) 장애인 1인 가구의 차별된 욕구는 첫째, 경제활동 참여 욕구와 자립 지향성이다. 중장년기 대상자들은 노년기보다 경제활동 참여 욕구가 높았으며, 이는 과거 근로 경험을 가진 일부는 제한적 범위 내에서도 소득을 창출하고자 하는 동기가 강하며, 완전한 생계 보장보다 부분적 자립을 추구하려는 의지로 이해되었다. 둘째, 기능 회복 중심의 적극적 재활 욕구가 있었다. 신체 적응력과 기능 회복 가능성이 상대적으로 높은 중장년기는 물리·작업치료와 재활운동을 통한 기능 개선을 기대하였다. 현재 장애 수준을 인정하면서도 향후 기능 악화 방지를 지향하는 전향적 태도가 나타난다. 셋째, 사회참여와 소속감에 대한 강한 욕구이다. 자조모임, 단체 활동, 지역사회 프로그램, 평생교육 참여 등 사회적 활동에 높은 관심과 참여 의지를 보인다. 이는 사회적 역할 유지, 공동체 소속감 형성, 동료장애인과의 경험 공유가 심리적 안정감과 자존감 향상에 중요함을 시사하며, 장애인 단체와 지역사회 내 이용시설이 주요 지지 기반으로서의 역할 강화를 시사한다.

노년기(65세 이상) 장애인 1인 가구의 차별적 욕구는 첫째, 노화와 장애의 중첩으로 인한 가속화된 기능 저하가 발견되었다. 노년기는 장애와 노화가 동시에 진행되어 신체 기능 저하 속도가 매우 빠르다. 근력 감소, 체력 저하, 균형감각 악화 등 노인성 변화가 기존 장애 제약을 더욱 악화

시킨다. 예를 들어 시각장애인의 경우 희미하게 보이던 것이 점진적으로 보이지 않게 되면서 일상생활 어려움이 가중되며, 치매 초기 증상 등 인지능력 제한이 더해져 심리적 좌절감과 죽음에 대한 불안감으로 표현되었다. 둘째, 정신건강 문제의 심화이다. 노년층 1인 가구에게는 우울증, 불안장애, 사회적 고립으로 인한 정서적 어려움이 중장년기보다 심각할 수 있다. 이 연구에서 발견된 중장년기, 노년기 1인 가구의 정신건강의 문제는 주요한 정책적 개입의 영역이라고 생각된다. 이 연구의 면접 대상자들은 대체로 복지관이나 협회 등 단체에 소속된 1인 가구였지만, 노년이라는 상황 속에서 일상생활에 대한 무기력감을 호소하였다. 이러한 정신건강 문제는 추후 신체 건강의 능력 저하로 이어지므로 정서 지원이나 네트워크, 동료상담, 정신건강 전문 인력에 의한 상담 등 정서영역의 지원에 대한 정책적 관심을 필요로 함을 시사한다.

노년기 1인 가구의 차별적 욕구로는 안전 및 응급 대응의 절대적 중요성이 있다. 노년기 장애인들은 낙상, 급성질환, 의식 소실 등 응급상황 발생 시 신속한 대응의 필요성이 컸다. 응급안전안심서비스 등 중앙정부 차원의 서비스가 있으나, 잘 알지 못했고, 이웃이나 교회, 복지관, 단체 등의 사람들로부터 안전감을 느끼고는 있으나 체계적이고 충분하지 못한 실정으로 보인다. 또한 노년기 장애인은 디지털 소외와 사회적 고립의 심화의 이슈를 발견할 수 있었다. 대부분의 노년기 대상자는 스마트폰·컴퓨터 활용 능력이 제한적이거나 전무한 경우도 있었다. 이 연구의 개별면접을 줌을 활용한 비대면으로 진행하였는데 이를 진행하기 위해 사전에 전화로 몇 차례 교육과 설명을 하여도 어려워 옆에 있는 활동지원사의 도움으로 진행한 경우도 있었다. 우리 사회는 빠르게 변화하고 있으며, AI 등의 활용을 통한 급격한 사회변화를 예견하고 있다. 온라인 복지서비스 신청, 정보 검색, 원격 상담 등 디지털 기반 서비스의 확대에 노년기 1인 가

구는 더욱 취약한 상황에 놓일 수 있으므로 정책적 고려가 필요할 것으로 보인다.

결론적으로 장애인 1인 가구는 의료·돌봄·경제·주거에서 공통된 취약성을 보이면서도, 중장년기와 노년기 간 기능 회복 가능성, 심리사회적 욕구, 안전 필요성에서 뚜렷한 차이를 보인다. 이는 모든 연령대를 포괄하는 통합 지원체제와 함께 생애주기별 맞춤형 정책이 동시에 요구됨을 의미한다. 특히 중장년기에는 자립과 사회참여 촉진을, 노년기에는 안전 보장과 정신건강 지원 그리고 디지털 소외와 이로 인한 고립의 이슈를 보다 더 고려하는 차별화된 정책 설계가 필요해 보인다.

〈표 4-31〉 중고령 및 노년기 1인 가구의 건강상태와 관련 지원

구분	건강 상태		현재 이용 서비스	필요 지원 서비스	
	장애 발생과 장애 상태	노화/만성질환			
중장년	A	<ul style="list-style-type: none"> • 장애 유형: 정신장애 • 장애정도: 심하지 않은 장애 • 20세 조현병 진단, 22세 양극성 장애 진단. • 꾸준한 약물 복용을 통한 증상 관리 중이며, 현재 조울병 관해(remission) 	<ul style="list-style-type: none"> • 50대에 들어서면서 무릎에 물이 차는 증상이 지속 • 주 2~3회 물리치료 중 • 체기로 호흡 곤란-두 차례 구급차 이용 • 몸이 가끔 아픔 	<ul style="list-style-type: none"> • 국립정신건강센터 사회재활서비스 • 정신건강토탈케어 서비스 • (서비스는 아니나) 장애인단체와 자조모임 활동 참여 	<ul style="list-style-type: none"> • 외로움에 개입하는 서비스
	B	<ul style="list-style-type: none"> • 장애 유형: 시각장애 • 장애정도: 심한 장애 • 생후 2년경 시신경 위축으로 실명 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강상태 양호 • 가끔 허리 통증 등 근골격계 질환으로 병원 내원 	<ul style="list-style-type: none"> • 활동지원서비스 • 근로지원인서비스 • 장애인콜택시, 바우처 택시 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급상황 지원 서비스 • 스마트홈 등 시각장애인의 자립생활을 위한 기술지원
	C	<ul style="list-style-type: none"> • 장애 유형: 지체장애 • 장애정도: 심한 장애 • 46세 때 발생한 교통사고로 인한 사지마비 	<ul style="list-style-type: none"> • 전반적 체력 저하 • 갑상선 기능 저하증 • 벨라톤 카테터를 	<ul style="list-style-type: none"> • 활동지원서비스 (광역자치단체 추가 시간 이용) • 장애인콜택시 	<ul style="list-style-type: none"> • 딱히 생각나는 필요 서비스 없음

구분	건강 상태		현재 이용 서비스	필요 지원 서비스
	장애 발생과 장애 상태	노화/만성질환		
		이용한 인공도 뇨, 배변장애		
D	<ul style="list-style-type: none"> • 뇌출혈 발생(약 12년 전) <ul style="list-style-type: none"> - 자연 지혈되어 수술은 안 했고, 이후 재활 시작(5년간 병원 생활) • 장애상태: 오른쪽 편마비(상하지) <ul style="list-style-type: none"> - 지팡이 짚고 서기, 실내 단거리 걷기는 가능하다, 이동시 전동휠체어 사용 - 인지 및 언어 장애 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 잔존기능 쇠퇴 <ul style="list-style-type: none"> - 왼쪽 무릎 통증 - 손가락 관절염 • 고혈압 • 잇몸 질환 • 신장 기능 약화 <ul style="list-style-type: none"> - 1~4단계 중 3단계. - 4단계로 가면 투석해야 함 	<ul style="list-style-type: none"> • <대학병원> <ul style="list-style-type: none"> - 오른쪽 무릎 수술 (심 넣는 수술), 연 1회 점검 • <지역사회 재활, 요양병원> <ul style="list-style-type: none"> - 왼쪽 무릎: 경과 보면서 주사처방 - 혈압약 복용 - 신장기능 검사 • 장애인 복지관 <ul style="list-style-type: none"> - 운동 - 기타 - 잇몸 건강을 위한 건강식품 복용 	<ul style="list-style-type: none"> • 거주지에서의 적응 지원 및 환경 편의성 향상 • 운동 지원 • 신장질환 등 예방 차원의 식이 지원 (영양사 상담, 교육 등)
E	<ul style="list-style-type: none"> • 뇌출혈(약 7년 전) <ul style="list-style-type: none"> - 골든타임 놓쳐서 뇌수술 - 3년간 병원생활 / 병원생활이 싫어서 그냥 퇴원함 • 장애상태: 오른쪽 편마비, 단독 보행 불가 <ul style="list-style-type: none"> - 실내외 휠체어 이용(전동휠체어 등) - 언어장애 있음 - 인지장애는 개선되고 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 • 당뇨확진 (2024년) • 오른쪽 하지(편마비 쪽) 붓고 통증 • 심리적 고립 	<ul style="list-style-type: none"> • <신경외과> <ul style="list-style-type: none"> - 물리치료, 운동치료(몇 개월 전에 중단) - 약물치료 • <지역 내과> <ul style="list-style-type: none"> - 혈압약 복용 - 당뇨약, 고지혈증약 복용 • <기타-지인> <ul style="list-style-type: none"> - 방문 도수치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 심리적 지원 • 언어재활 • 운동치료 등 • 예방적 차원의 식이 등 건강관리 • 실내 휠체어 등 신 가능한 주거지 확보
F	<ul style="list-style-type: none"> • 근이양증(약 1985년도, 초등학교 고학년 때 진단) <ul style="list-style-type: none"> - 20대 초반까지 경비일 등 경제활동, 40대부터 침대에서 혼자 돌아눕기 어려운 등 거동 불편 심각 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압, 당뇨 없음 • 임플란트(2~3년 전) 	<ul style="list-style-type: none"> • <비수도권 대학병원> <ul style="list-style-type: none"> - 근이양증 지속 진료 - 욕창관리, 진통제, 변비약 등 • <지역 병원> <ul style="list-style-type: none"> - 아플 때 이용 • <장애인복지관> 	<ul style="list-style-type: none"> • 근이양증 관련 관리 <ul style="list-style-type: none"> - 집에서 운동치료, 물리치료 지도 등 • 욕창관리 점검 - 간호인력 방문 점검 등 • 식이 등 건강관리

274 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분	건강 상태		현재 이용 서비스	필요 지원 서비스	
	장애 발생과 장애 상태	노화/만성질환			
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애상태: <ul style="list-style-type: none"> - 근이양증 약, 통증에 대한 진통제 복용중 - 보행 불가(좌식생활) - 대부분 활동지원사가 식사 보조 - 욕창(20년 넘게) 관리 중, 변비약 복용 - 심장 기능 약해짐(심부전 위험) 		<ul style="list-style-type: none"> - 보건소 연계: 혈압, 혈당 검사 - 물리치료 이용(현재 대기 중) • <활동지원사> - 간단한 스트레칭, 관절운동할 수 있도록 함(일 1시간) - 욕창 관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 위기 대응 - 낙상 시 바로 알릴 수 있는 응급 알림 시스템 	
노년층	A	<ul style="list-style-type: none"> • 망막색소변성으로 중도 실명(2009년) 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강함 	<ul style="list-style-type: none"> • 활동지원서비스(운동할 때 이용) • 복지관의 헬스 • 기초생활 수급 • 임대주택 • 응급안전안심 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • 요리를 할 수 있도록 가르쳐 주는 사람(일시적)
	B	<ul style="list-style-type: none"> • 성인기에 교통사고로 하반신 지체 마비(지체장애) 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압, 당뇨 • 장애로 인한 지속적인 통증 • 치아문제(이가 거의 없음) • 수면문제 	<ul style="list-style-type: none"> • 기초생활 수급 • 임대주택 • 보건소 운동프로그램 참여 • 장애인콜택시 • 장애인 협회나 복지관 이용 	<ul style="list-style-type: none"> • 국가가 책임을 지고 돌봄서비스를 지원해 주길 • 병원동행 • 반찬 서비스 • (더 힘들어지면) 방문 의료, 방문 치료 • 경제적 지원
	C	<ul style="list-style-type: none"> • 중학교 때 사고로 한쪽 마비(3급으로 시작) • 나이들면서 장애정도가 더 안 좋음 	<ul style="list-style-type: none"> • 무릎관절 통증 • 고관절 수술로 통증, 치료제 없어서 진통제 복용 • 최근 눈 침침, 귀 어두워짐 • 정기적 물리치료 • 천식으로 1년 내내 약 복용(내과) • 고지혈, 고혈압, 	<ul style="list-style-type: none"> • 기초생활 수급 • 임대주택 • 복지관에서 사람들과 만남(프로그램 이용은 안 함-기다렸다가 다시 할 계획) • 복지관 점심 이용 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료급여 이용일 확대 • 응급실 가면 의료급여 안 되어 불안 • 반찬 서비스 • 경제적 지원

구분	건강 상태		현재 이용 서비스	필요 지원 서비스
	장애 발생과 장애 상태	노화/만성질환		
		당뇨(동네 정형외과) • 우울증(약은 안 먹음)		
D	• 어릴 때부터 지체장애, 편마비	• 건강상태 양호 • 예전엔 혈압약 먹었으나 지금은 안 먹음	• 복지관 프로그램(그림, 서예, 파크골프 등) • 복지관 물리치료 • 보건소 '오늘의 건강' 프로그램 • 보건소 방문 물리치료 • 임대주택	• 반찬 서비스(절박하진 않음)
E	• 중도 시각장애 • 녹내장, 백내장 수술 등으로 한쪽 실명 이후 서서히 다른 쪽도 실명 • 최근 고관절 수술	• 치매 초기약 • 고혈압 • 고관절 수술로 통증	• 집은 자가 • 복지관 운동(점심) • 노인장기요양(일주일에 3일, 3시간씩)	• 경제적 지원

출처: 연구진이 작성.

2. 청년 1인 가구의 건강상태와 이용서비스, 필요 지원

청년 1인 가구는 중장년과 노년층 1인 가구와 분명한 차별성을 가진다. 그러나 장애인 1인 가구로서 (1) 의료 및 건강 관련 이슈, (2) 돌봄 및 일상생활 지원 관련 욕구, (3) 경제적 취약성과 주거 불안정성은 공통적인 특징으로 확인된다.

〈표 4-32〉 청년 vs. 중장년·노년층 1인 가구의 삶: 공통 vs. 차별적 특성

공통된 특성			
1. 의료 및 건강 관련 - 장애로 인한	2. 일상생활지원 관련 - 장애로 인한 활동지원 역할 큼 - (청년>중장년> 노년 순)	3. 경제적 취약성과 주거 불안정성 - 1인 가구+장애로 인해 더욱 불안정	4. 위급상황에서의 취약성 및 고립·외로움 - 1인 가구+장애
차별적 특성			
1. 1인 가구의 형성 - 자율적 선택 있음 - 비자율적 1인 가구 더욱 열악	2. 건강상태 - 상대적으로 양호	3. 자립 및 관계 욕구 강함 - 젊으므로 상대적으로 높음	4. 디지털을 통한 문제 해결능력 높음 - 디지털 활용 정책 접근 가능성 높음

출처: 연구진이 작성.

청년 1인 가구의 자립은 크게 자발적 자립과 비자발적 퇴소로 구분되었다. 이들이 자립 초기에 경험하는 어려움 중 하나는 주거 및 주거환경의 안정성의 이슈였다. 휠체어를 사용하는 장애인, 안내견과 함께 생활하는 시각장애인이 거주할 수 있는 거주지는 매우 제한적이며, 민간 임대주택은 장애인 세입자에 대한 거부감이 있으며, 공공임대주택은 노후화와 불편한 위치로 인해 실질적 선택지가 되기 어려웠다. 또한 2년 단위 갱신, 집주인 의사에 따른 계약 종료는 안정적 거주를 어렵게 하였다. 이는 물리적 접근성과 주거 안정성의 보장을 위한 다양한 형태의 주거지 확보가 필요함을 시사한다. 비자발적으로 자립한 청년은 생활 기반이 매우 취약한 상태에서 1인 가구로 생활을 시작하여 식비와 주거비 부담으로 영양 불균형이나 건강 악화를 겪는 사례도 있었다. 2025년 제정된 「장애인지역사회자립법」은 이러한 문제를 해결하기 위한 제도적 전환점으로 초기 정착을 위한 맞춤형 주거, 식생활, 의료 지원이 함께 이루어져야 실질적 효과를 거둘 수 있을 것으로 보인다.

청년 1인 가구 중 취업을 하지 않은 참여자들의 경우, 이들의 일상은

복지관 프로그램과 개인적 여가활동으로 구성되는 경향이 있었다. 복지관을 통한 직업재활, 운동, 심리치료 참여는 사회적 교류와 생활 리듬 형성에 도움을 주었지만, 퇴근 이후나 주말에는 대부분 혼자 시간을 보내는 경우가 많았다. 이들 중 일부는 혼자 있는 것을 선호한다고 진술했으나, 관계 형성에 대한 불안이나 두려움이 그 배경으로 작용하기도 했다. 반면 장기간 혼자 생활한 청년의 경우 외로움과 고립감에서 자유롭지 못했다. 이들에게는 여가 프로그램을 넘어 관계 형성에 대한 요구도 컸다.

또한 위급 상황への 취약성도 발견된다. 장애로 인한 급성 질환 등은 돌발적 위기 상황에 대한 두려움을 가지게 한다. 정부는 장애인건강주치의 제도나 응급안전안심서비스를 통해 장애인 및 1인 가구의 건강 및 안전 지원을 강화하고 있으나, 특히 청년 1인 가구는 제도 대상에서 소외되어 있는 것이다. 또한 현재 지원되는 스마트 도어락이나 안심센서 등의 장비는 장애 유형별 특성을 충분히 고려하지 못해 이들의 삶에서 실효성이 낮았다. 따라서 장애 유형에 맞는 응급 대응이 요구되고 이때 청년 1인 가구도 고려될 필요가 있다.

복지 정보 접근성의 격차는 청년 장애인 1인 가구의 삶의 질을 결정하는 요인으로 나타났다. 수도권 거주자나 디지털 활용 역량이 높은 청년은 인터넷과 모바일 앱을 통해 청년희망통장, 병원안심동행서비스 등 다양한 제도에 접근하고 있었지만, 지방 거주자나 디지털 활용이 어려운 이들은 기본적인 복지제도조차 인지하지 못하고 있었다. 이는 단순한 정보 접근성의 문제가 아니라, 사회 참여와 제도 이용의 불평등으로 이어지므로 이용자 중심의 정보제공을 위한 변화가 필요하다. 디지털 기술의 발전에 따른 민간 플랫폼은 청년 장애인 1인 가구가 독립적으로 살아가기 위한 중요한 생활 보조 수단으로 자리 잡고 있었다. 장보기 어플, 쓰레기 수거 대행, 음식 배달 서비스는 이동의 불편을 줄이고, ‘비마이아이즈’와 같은

시각 지원 앱은 타인의 직접적 도움 없이도 일상 문제를 해결해 주고 있었다. 이러한 기술 활용은 편의 차원을 넘어, 청년층이 스스로의 일상을 통제하고 자율성을 유지할 수 있는 중요한 방식으로 작동하고 있었다. 공공 지원과 민간 플랫폼의 연계를 강화하여 이들의 비용 부담을 줄이고, 장애 유형에 따른 접근성 기능을 보완한다면, 디지털 기술은 장애인 1인 가구 청년의 생활 자립을 실질적으로 지원하는 핵심 자원이 될 수 있을 것으로 보인다.

마지막으로, 청년 1인 가구의 장기적 자립을 위해서는 경제적 안정과 관계적 지지 기반이 함께 마련되어야 한다. 다수의 청년 장애인 1인 가구는 결혼이나 동반자 관계를 통해 정서적 안정과 상호 돌봄을 얻고자 하였지만, 불안정한 소득 구조가 이를 가로막고 있었다. 일부 청년들은 자립적 생활을 위해 적극적으로 일자리를 찾고 경제활동을 확대하려는 의지를 드러냈다. 따라서 장애인 1인 가구를 위한 맞춤형 소득보전정책과 근로 연계형 일자리 지원 강화 방안에 대한 정책적 고민이 필요하다. 동시에 안전하게 관계를 형성할 수 있는 동료지원, 멘토링 체계를 마련함으로써, 청년 1인 가구 장애인이 경제적으로 또한 정서적으로 지속 가능한 삶을 유지할 수 있도록 지원하는 것이 필요해 보인다.

〈표 4-33〉 청년층 1인 가구의 복합적 상태와 지원 요구

구분	일상생활지원 욕구		경제활동 및 현재 이용 서비스	필요 지원 서비스
	장애 발생과 장애 상태, 보유 질환	1인 가구 형성과정		
청장년층 A	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심한 장애 • 고등학교 1학년 때 사고로 뇌병변 장애(왼쪽 편마비) 획득하여 재활병원에서 재활 후 복귀 	<ul style="list-style-type: none"> • 부모님이 돌아가셔서 삼촌과 생활하다가 임대주택 마련 후 독립 	<ul style="list-style-type: none"> • 활동지원서비스 • 기초생활수급 • 임대주택 • 복지관 물리치료 및 여가 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> • (수급비 삭감되지 않는 선에서) 경제활동하고 싶음 • 금전적 지원

구분	일상생활지원 욕구		경제활동 및 현재 이용 서비스	필요 지원 서비스
	장애 발생과 장애 상태, 보유 질환	1인 가구 형성과정		
B	<ul style="list-style-type: none"> • 편마비 관련 재활 중 (신경과) 			
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심한 장애 • 고등학교 때 교통사고로 뇌병변 장애(왼쪽 편마비), 시각장애(시야가 좁음) • 간질, 베체트병, 비노기와 질환 보유, 왼쪽 편마비 쪽에 통증 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 교통사고 후 동생과 나와 살다가 다시 부모님과 생활하다가 현재 1인 가구로 생활 중 (어머니 사망, 아버지 요양병원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 복지관에서 청소 일 하고 있음(50만 원) • 지방 거주 및 정보 제한으로 기초수급, 복지관 서비스, 활동지원서비스, 장애연금을 모두 이용하고 있지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> • 경제활동과 수입을 늘릴 수 있는 기회 원함 (일을 찾고 적응하고 유지할 수 있는 지원)
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심하지 않은 장애 • 어린 시절부터 저시력장애 가짐(6급) • 단백뇨 등 콩팥 문제로 신장내과 다니고 있음 • 1인 가구 생활 초기에 폐결핵 경험 • 이전에 음주, 흡연했으나 현재 건강 관리하고 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 생활시설(보육원) 거주하다가 20살에 자립지원금 받고 자립 시작 	<ul style="list-style-type: none"> • 정규직 근로 및 주말에 아르바이트 병행 • LH 전세자금 대출(장애우대로 받은 것 아니고, 생활시설 거주 경험으로 받음) • 청년희망통장 • 장애수당 	<ul style="list-style-type: none"> • 활동지원 서비스 • 개인예산제 가입하지 않은 장애인에게 도움될 것이라고 언급 • 노년이 되었을 때 경제적 지원이나 생활용품 지원을 원함
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심한 장애 • 뇌병변장애 및 지적장애로 중복장애 • 다리 문제, 정신질환, 치과 문제 있지만, 병원 접근 어려움으로 병원 내원 거의 하지 않음 • 1인 가구 생활 초기에 담낭염 경험 	<ul style="list-style-type: none"> • 거주시설에 거주하다가 탈시설 후 문제가 생겨 다른 거주시설에 거주하다가 자립 	<ul style="list-style-type: none"> • 임대주택 • 기초생활수급 • 활동지원서비스 • 복지관 직업재활 훈련, 미술 심리치료 • 복지관에서 쌀, 반찬, 생활용품 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 필요한 지원을 원한다고 언급하나, 경제활동의 욕구 존재함
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심한 장애 • 전맹 시각장애(안내건 이용) • 건강문제 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 대학 입학 후 기숙사 생활하다가 다시 가족과 함께 생활하다가 3년 전부터 직장 출퇴근 	<ul style="list-style-type: none"> • 정규직 근로 • 청년 주택 • 근로지원인 서비스 • 서울시 월세지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공임대주택 청약 시 장애인 우대 및 장애인 접근성 강화 • 도시락 배달 서

280 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분	일상생활지원 욕구		경제활동 및 현재 이용 서비스	필요 지원 서비스
	장애 발생과 장애 상태, 보유 질환	1인 가구 형성과정		
		의 이유로 독립생활	<ul style="list-style-type: none"> • 시각장애인 바우처 택시 • 어플리케이션 서비스(비마이아이즈, 폐기물 수거 서비스 등) • 서울시 병원동행 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • 비스 • 운동 도우미
F	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심한 장애 • 선천적 지체장애 (하반신 마비, 전동휠체어 사용) • 큰 질환은 없으나 재활병원, 소화기내과 주기적으로 진료 중 	<ul style="list-style-type: none"> • 22살 때부터 회사 기숙사에서 생활하다가 2008년 임대아파트에 입주하여 혼자 살게 됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 기초생활수급 • 활동지원서비스 • 복지관 여가 프로그램(볼링, 시, 론볼, 배트민턴 등) • 주민센터 반찬 및 생필품 지원 • 지체장애인협회 활동 • 장애수당 	<ul style="list-style-type: none"> • 혼자 사는 장애인들이 어울릴 수 있는 관계 프로그램 • 경제적 지원 (추가적으로 20만 원 정도 수당이 나오면 좋겠음)
G	<ul style="list-style-type: none"> • 장애정도: 심한 장애 • 15살 때 사고로 척수장애(하반신 마비) • 척수장애 관련 재활 의학과 내원 • 고지혈증, 당뇨약 복용 	<ul style="list-style-type: none"> • 사고 후 본가가 시골이라 접근이 어려워 24살 때부터 임대아파트를 얻어 자립생활 시작함 	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인체육회 소속 운동선수 • 활동지원서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • 기초수급자가 아니라도 임대아파트 청약 시 우선순위 부여 • 가전제품 지원 • 차량 구입 지원

출처: 연구진이 작성.



제5장

정책 제언

제1절 복합적 취약성과 돌봄정책의 이론적 재구성

제2절 1인 가구와 장애인 통합돌봄

제3절 중장기적 정책 제언

제 5 장 정책 제언

제1절 복합적 취약성과 돌봄정책의 이론적 재구성

1. 1인 가구의 복합적 취약성: 연구 결과

가. 장애인 1인 가구와 다인가구, 생애주기별 특성

본 연구에서는 장애인 1인 가구의 특성을 살펴보고 이들에게 필요한 돌봄 지원 방식에 대해 고민하였다. 연구 결과 장애인 1인 가구는 다인가구에 비해 고령층과 여성 비중이 현저히 높으며, 교육·경제·주거·정신건강 영역 전반에서 다층적 취약성이 집중되는 집단으로 확인되었다. 이들은 공적 급여에 대한 의존도가 높고, 일상생활 지원을 제공할 비공식 인적 자원이 부족하며, 주거 소유율이 낮고, 주거 환경도 열악하고, 가족관계 및 전반적 삶의 만족도가 전반적으로 낮은 특징을 보였다.

생애주기별 분석 결과, 전체 장애인 1인 가구 중 청년층은 4.8%, 중장년층은 36.6%, 고령층은 58.6%로 고령층 1인 가구의 비중이 압도적으로 높았으며, 청년층은 활발한 경제활동에도 불구하고 사회적 차별 경험과 인식이 강하게 나타났고, 중장년층은 장애로 인한 경제적 의존성과 집박 활동의 제약이, 고령층은 건강문제와 일상생활 지원 부족, 사회적 고립이 중첩되는 다중 취약성이 두드러졌다.

나. 장애인 1인 가구의 어려움 유형

잠재계층분석과 회귀분석을 연계한 2단계 분석 결과, 중장년층 장애인 1인 가구의 삶의 만족도에는 성별, 거주지역, 장애 유형, 사회적 차별 인식, 어려움 유형이 유의한 영향을 미쳤으며, 특히 '경제·건강 복합 취약형' 집단의 삶의 만족도가 '주거환경불안정 자립지향형'에 비해 유의하게 낮게 나타나 경제·건강 영역의 복합 취약성이 삶의 질을 심각하게 저해하는 것으로 드러났다. 노년층의 경우 최종 학력, 장애 유형, 사회적 차별 인식, 연금·수당 수급 경험, 잠재계층 유형이 삶의 만족도를 규정하는 핵심 요인으로 나타났으며, 특히 공적 이전소득 및 복지서비스 경험은 경제적 안정 뿐 아니라 사회적 인정감과 심리·정서적 안정에 기여하는 것으로 해석된다. 전반적으로 장애인 1인 가구의 삶의 만족도는 경제·건강·주거·사회관계 영역의 복합적 상호작용 속에서 형성되므로, 생애주기와 취약 유형을 고려한 통합적·포괄적 지원체계 구축이 필수적 정책 과제로 도출된다.

다. 복합적 기능상태별 특성

본 연구에서는 장애인 1인 가구 실태조사(514명)를 통해 복합적 기능상태별 특성을 분석한 결과, 2그룹(지원 높음·건강 양호)이 37.2%, 1그룹(지원 높음·건강 양호하지 않음)이 34.4%로, 높은 지원이 필요하면서 건강상태는 양호·취약으로 양분된 집단이 다수를 차지하였다. 청년기는 2그룹 비율이 68.6%로 상대적으로 건강하지만, 노년기에는 1그룹 30.0%를 포함해 건강 취약 집단 비중이 커지며, 평균 단독 거주 기간도 21.96년으로 가장 길게 나타나 장기 독거와 건강 취약이 결합되는 양상이 두드러졌다.

혼자 사는 이유는 청년·중장년기에는 ‘혼자 살고 싶어서’(각 57.1%, 27.6%)와 같은 자발적 사유가 상대적으로 많지만, 노년기에는 ‘배우자와의 이혼·별거·사별’이 48.3%로 가장 높아 가족관계 변화에 따른 비자발적 1인 가구화가 중심을 이루었다. 특히 건강상태가 나쁜 1·3그룹과 일부 4그룹에서 ‘이혼·별거·사별’ 응답 비율이 37.3~51.6%로 높게 나타난 반면, 건강이 양호한 2그룹에서는 ‘혼자 살고 싶어서’(35.6%)가 최빈 응답으로, 건강상태에 따라 자발·비자발 독거 구조가 뚜렷이 구분되었다.

일상생활에서는 장애인 1인 가구가 평균 17.45년간 혼자 살아온 것으로 나타났고, 중소도시의 평균 단독 거주 기간이 18.27년, 30년 이상 장기 독거 비율이 18.9%로 가장 높아, 지역별로도 장기 독거 집중 양상이 확인되었다. 과거 동거인과의 교류 단절 비율은 청년기 17.5%에서 중장년기 46.3%, 노년기 60.9%로 증가해, 고령·건강 취약 집단일수록 가족·친족 관계망이 약화되는 구조적 고립 위험이 크게 나타났다.

삶의 만족도는 청년기 82.9%, 중장년기 47.7%, 노년기 42.1% 순으로 연령이 높을수록 낮아졌으며, 기능상태별로는 건강상태가 나쁘고 지원 의존도가 높은 1그룹의 만족도가 33.3%로 가장 낮고, 건강이 양호한 4그룹이 62.3%로 가장 높아, 신체 건강이 삶의 만족도를 규정하는 핵심 요인으로 작용하였다. 일상생활 어려움은 평균 2.49점(4점 만점)이며, 노후 불안(2.99점)과 경제적 불안정(2.71점)이 가장 높게 나타났고, 1인 가구가 된 이후 자산 악화(30.9%), 주거비 부담 증가(19.3%), 식생활·신체·정신건강 악화(각 20% 내외)가 관찰되는 등 경제·건강·주거 영역 전반에서 부정적 변화가 중첩되는 양상이 확인되었다.

외로움은 평균 17.83점(28점 만점)으로, 대도시에서 가장 높고, 정신 장애인 및 비자발적 1인 가구에서 외로움 수준이 더 높았으며, 최근 2주간 식생활에서도 56.6%가 활동지원사·요양보호사의 도움으로 식사하고,

36.0%는 반찬 준비의 부담으로 인해 대충 끼니를 해결하는 등 식생활과 영양 상태의 구조적 취약성이 두드러졌다. 전반적으로 장애인 1인 가구는 장기 독거, 건강 악화, 경제 불안, 가족·사회관계망 약화, 외로움과 식생활 취약이 복합적으로 중첩된 집단으로, 의료·돌봄·주거·영양 지원을 아우르는 통합적·맞춤형 지원체계 구축이 필요하다는 점이 도출된다.

2. 복합적 취약성과 돌봄 정책의 이론적 재구성

가. 기본서비스와의 관련성을 가진 돌봄 정책의 방향

1인 가구의 복합적 취약성에 대응하는 돌봄 정책의 발전 방향은 국가의 정책 기조와 밀접한 연관성을 갖는다. 본 연구는 현 정부의 핵심적인 사회정책 기조인 ‘기본서비스’와 ‘기본돌봄’이라는 정책 기조 아래, 1인 가구 장애인의 돌봄정책의 방향을 모색하고자 한다.

‘기본서비스’와 ‘기본돌봄’의 핵심 개념은 영국의 보편적 기본서비스(Universal Basic Service, UBS) 개념에 기반하고 있다. UBS는 소득과 무관하게 모든 거주민이 보건, 돌봄, 주거 등 필수 생활 영역에 동등하게 접근할 수 있어야 한다는 원칙을 강조한다. 이는 선별적 복지에서 보편적 복지로의 패러다임 전환이자, 사회적 불평등 완화와 집단적 연대 강화를 동시에 추구하는 정책 기조이다. 이는 단순한 개별적 복지 지원을 넘어, 국가와 시민사회가 집단적 책임으로서 필수 안전망을 구축하자는 하는 국가 비전으로 이해된다. 이 모델은 사회적 불평등 완화, 생태적 지속가능성 그리고 집단적 연대 강화를 동시에 추구한다는 점에서 획기적이다.

나. 생태체계적 접근: 영역간 상호작용의 원리

위의 정책 기조에 따른 장애인 1인 가구의 복합적 취약성을 해소하기 위한 정책의 방향은 사회 전체의 집단적 책무로서 돌봄의 이슈에 접근하고, 이를 수행하는 방식의 모범사례로 미국의 ‘complex care’ 이행 방식을 고려하여 정책 실행 방식을 모색해 볼 수 있다.

Complex Care 모델의 핵심은 다영역 통합 관리(건강, 돌봄, 주거, 식생활, 심리 등)를 강조한다. 건강, 돌봄, 주거, 식생활, 심리 등 개별 대상자의 삶의 모든 영역을 동시에 관리하면서, 개인의 고유한 상황에 맞춘 맞춤형 연계 지원을 제공한다. 구체적으로 이 모델은 다음과 같은 특징을 강조한다.

첫째, 이용자 중심의 통합 서비스 제공이다. 의료팀, 사회복지사, 주거 지원 담당자 등 다양한 전문가가 하나의 통합 케어팀으로 구성되어 개인 맞춤형 서비스 계획을 수립한다. 둘째, 민관 협력(public-private partnership)을 강조하여 공공 기관, 지역 사회단체, 의료기관, 주택 공급자 등이 함께 책임을 공유한다. 셋째, 단계적·맞춤형 접근으로 초기 요구 사정 단계에서부터 개인별 맞춤 지원 방안을 수립하고, 상황 변화에 따라 유연하게 조정한다. 이러한 방식의 핵심은 복합욕구의 사정과 필요한 서비스를 동시에 포괄적으로 제공한다는 점이다. 단일 영역의 문제 해결을 순차적으로 추진하는 것이 아니라, 모든 영역의 필요를 동시에 파악하고 연계된 지원을 통해 통합적 해결을 도모한다.

이러한 접근 방식은 생태계적 균형의 원리에 토대를 두고 있다. 생태계적 균형의 핵심 전제는 다음과 같다. 복합적인 취약성을 가진 대상자에 대한 지원에서 어느 한 영역에서의 적극적 지원만으로는 다른 영역의 문제를 근본적으로 해소할 수 없다는 원칙이다. 이에 이 모델의 근본은 복

합육구를 각 영역별로 순차적으로 해결하는 것이 아니라, 모든 영역의 필요를 동시에 파악하고 연계하는 것이다.

다. 생태체계적 균형의 원칙

미국의 생태계적 접근이 한국의 장애인 1인 가구의 복합적 어려움에 대응하는 돌봄에서 가장 중요하게 강조되어야 할 지점은 의료, 보건, 돌봄, 주거, 정서 지원 등의 기본 영역들이 서로 간에 긴밀하게 영향을 미치면서 상호작용하며, 어떤 한 영역의 악화는 다른 모든 영역으로 연쇄적으로 전파되며, 따라서 모든 영역이 최소한의 기준을 충족해야만 전체 삶의 질이 향상될 수 있다는 이해가 필수적이다.

신장질환자가 정기적 투석 치료를 받아도 특수 식품 구입이 곤란하고 통원 수단이 없다면, 치료 효과는 극히 제한적일 것이다. 시각장애인이 병원에서 이동 지원과 의사소통 지원을 받지 못하거나 퇴원 후 사회적 고립 상태라면, 정서 불안정이 면역 저하로 이어져 건강이 악화되는 악순환이 발생한다. 휠체어 사용자에게 접근성 높은 주택을 제공하더라도 외출이 불가능하면 신체활동 감소, 근력 약화, 호흡기 기능 저하로 인한 재입원이 반복될 수 있다. 즉, 모든 영역이 최소한의 기준을 동시에 충족해야만 전체 삶의 질 향상이 가능하다.

흥미롭게도 이러한 접근은 장애 분야에서 이미 알려져 있는 지역사회 중심재활(Community-Based Rehabilitation, CBR) Matrix의 개념과 유사한 논리를 공유한다. 지역사회중심재활 Matrix는 WHO(세계보건기구) 주도로 저소득국가의 재활서비스 접근성을 높이기 위한 목적으로 개발된 개념이다(World Health Organization, 2010). 이 모델은 건강, 교육, 생계, 사회, 역량 강화의 5개 영역을 다시 5개 요소로 세분화하여,

총 25개 요소의 매트릭스 구조를 갖는다.

각 영역과 요소의 교차점에서 포괄적이고 다층적인 지원 방안을 모색할 수 있도록 설계되었다. 두 모델 간에는 중요한 차이점이 있다. CBR Matrix는 장애인의 권리와 포용(inclusion)을 기본 가치로 두고 있으며, 저소득 지역 주민 전체를 대상으로 한다. 반면 Complex Care는 고위험 대상자의 생태계 강화와 형평성을 중심 가치로 삼아, 특정한 복합 취약성을 가진 집단에 초점을 맞춘다.

그러나 근본적인 접근 방식에서는 공통성을 갖는다. 두 모델 모두 여러 분야의 전문가, 다양한 자원 그리고 당사자가 협력하여 복합적 욕구를 통합적으로 지원한다는 원칙을 공유한다. 의료만, 혹은 복지만, 혹은 교육만으로는 개선할 수 없는 복합적 어려움에 대해, 모든 분야가 동시적으로 관여하고 조율되어야 한다는 이해가 중심이다.

이러한 교훈을 한국의 맥락으로 이해하면, ‘기본 돌봄’ 체계는 필요로 할 때 각 영역 내 제도와 서비스가 적시에 제공되고, 현재 분절되어 있는 서비스 간의 긴밀한 연계가 이루어지는 구조로 구축되는 것을 의미한다. 구체적으로는 지자체 수준에서 서비스 연계의 노력이 강화되어야 한다. 개별 장애인의 복합적 필요를 파악하고, 의료기관, 복지시설, 주택공급자, 교육기관 등 다양한 서비스 제공 기관 간의 정보 공유와 협력 체계를 구축하는 것이다. 이를 통해 비로소 장애인 1인 가구가 지역사회 속에서 인간다운 존엄성을 유지하며 생활할 수 있는 ‘기본 돌봄’ 체계가 실현될 수 있는 것이다.

[그림 5-1] 장애인 1인 가구를 위한 생태체계적 접근



출처: 연구진이 작성.

3. 한국에의 적용: 이론과 현실의 간극

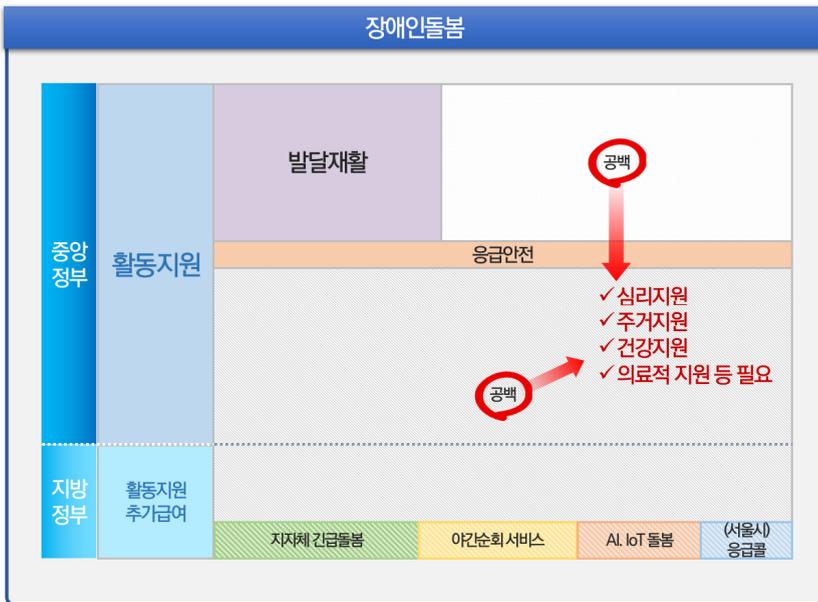
앞서 제시한 이론적 기반에도 불구하고, 실제 정책 운영 현장에서는 복합적 취약성을 가진 장애인 1인 가구와 관련된 서비스나 제도 간 상당한 간극이 존재한다.

가. 자원 배분의 구조적 불균형

현재 한국의 장애인 정책 구조를 살펴보면 심각한 자원 배분의 불균형이 드러난다. 활동지원서비스에 정책 자원이 과도하게 집중되어 있는 반면, 다른 기본 영역의 발전은 상대적으로 미흡한 상황이다. 아래 [그림 5-2]에서 제시한 대로, 활동지원제도 외에도 발달장애인 관련 정책이 다

수 존재하며(재활치료바우처, 주간활동, 방과 후 서비스, 발달장애인 긴급돌봄, 최종증 발달장애인 통합돌봄 등), 이들 대부분은 치료와 돌봄 기능에 초점을 맞추고 있다.

[그림 5-2] 장애인 돌봄(제도) 현황



주: 제도나 서비스의 예산규모 등을 고려하여 제도의 모습을 그림으로 구현함.
출처: 연구진이 작성.

반면 주거 지원, 의료 및 보건, 식생활 지원, 사회참여 지원 등의 정서적 지원 영역들은 현저히 제한적인 지원만 제공되고 있다. [그림 5-2]에 제시한 바와 같이, 주거 지원은 장애인 주택 보수 지원, 주거 편의시설 개선 등이 산발적으로 운영되고 있고, 관련 예산도 적어 장애인 1인 가구의 주거 안정성 확보를 위한 체계적 정책은 미흡하다.

의료 및 보건 영역의 건강 관리, 예방적 의료서비스, 만성질환 관리 등

이 일반 국민 대비 장애인에게 충분히 제공되지 못하고 있다. 특히 장애로 인한 이차 건강 문제 예방은 정책의 사각지대에 놓여 있다. 이 연구에서도 제기되었던 식생활 지원, 특히 반찬 배달, 영양 관리 등에 대한 지원이 거의 제도화되지 않으며, 대부분 개별 복지관이나 단체의 자선적 지원에 의존하고 있다. 사회참여 및 지역사회 참여 지원은 장애인의 소속감, 네트워크, 정서적 지원의 측면에서 중요하게 제기되고 있지만 이를 위한 정책은 구조화되지 못한 상태이다. 이러한 구조적 불균형은 생태계적 균형의 원리를 심각하게 훼손한다. 앞서 설명한 대로, 어느 한 영역의 우수한 지원만으로는 복합적 취약성을 해소할 수 없기 때문이다.

〈표 5-1〉 장애인 1인 가구 관련 정책 정리: 생애주기별

분야	장애인 정책(~65세 미만)		노인 정책 (65세 이상)
	청년기 (만 18~45세)	중장년기 (만 45~65세)	
돌봄	(복지부) 장애인활동지원 (지자체) 활동지원 추가 급여 (복지부) 개인예산제 시범사업 (복지부) 자립생활지원 시범사업 (탈시설 지원) (복지부) 발달장애인 긴급돌봄 (복지부) 최중증발달장애인 통합돌봄서비스 (복지부) 일상돌봄 (장애인 청년 및 중장년 이용 가능)		(복지부) 노인장기요양보험 (복지부) 맞춤형돌봄 (복지부) 재가노인지원서비스 (복지부) 가사·간병 방문지원사업(저소득)
주거	(복지부) 장애인거주시설 (복지부) 장애인그룹홈 (복지부) 실비장애인거주시설 입소이용료 지원 (국토부) 농어촌장애인 주택 개조 (국토부) 수선유지급여사업 (공통-국토부) 공통주택 특별분양 알선(취약계층) (공통-국토부) 주거급여(월세 지원, 수선급여) (저소득층 대상)		(복지부) 확대피해노인쉼터 (복지부) 독거노인공동생활홈 (복지부) 노인주거복지시설 (복지부) 노인의료복지시설 (복지부) 단기보호서비스

분야	장애인 정책(~65세 미만)		노인 정책 (65세 이상)
	청년기 (만 18~45세)	중장년기 (만 45~65세)	
건강	(복지부) 장애인건강주치의 (복지부) 발달장애인 거점병원 (복지부) 장애인친화 산부인과 (복지부) 지역장애인 보건의료센터 (복지부) 장애인친화 건강검진 (복지부) 장애인 건강검진 (복지부) 장애인의료재활시설(거주시설 전환) (복지부) 지역사회 중심 재활사업(CBR) (복지부) 발달장애인부모상담지원 [의료비 지원] (복지부) 장애인의료비 공제(저소득) (복지부) 장애인보험료 공제(저소득) (복지부) 장애등록검사비 지원 (복지부) 청각장애인인공달팽이관 수술비 지원		(복지부) 장기요양재택의료센터 시범사업 (통합돌봄의 일환) (복지부) 요양병원 간병지원 (복지부) 간호간병통합서비스 (복지부) 방문간호서비스 (복지부) 노인개안수술비 지원 (복지부) 노인 무릎인공관절 수술 지원 (복지부) 치매안심병원 및 공립요양 병원 (복지부) 노인 안검진 사업 (복지부) 중앙, 광역, 치매 안심센터 (복지부) 저시력예방교육상담재활
소득	(복지부) 장애인연금 (서울시) 서울형 장애인연금 부가급여 (복지부) 장애수당 (복지부) 국민기초생활보장		(복지부) 기초연금
공통	(복지부-돌봄) 의료·돌봄 통합지원 (복지부-안전) 응급안전안심 서비스(독거노인, 장애인) (복지부-긴급) 긴급돌봄 서비스 (복지부-정서) 전국민마음투자사업 (복지부-교통) 특별교통수단 (지자체-공통) 1인 가구 조례에 따른 서비스(일부 지자체만 존재)		
시설 (센터) 기반 서비스	(복지부) 장애인복지관(장애 유형별) (운동·건강증진, 물리치료, 기초·인문학, 미술·공예, 문화·여가 프로그램 등)		(복지부) 노인복지관
	(복지부) 장애인 관련 단체나 협회 (동료상담, 자조모임, 자립지원, 정보 제공, 체육활성화 사업 등)		(복지부) 노인교실

분야	장애인 정책(~65세 미만)		노인 정책 (65세 이상)
	청년기 (만 18~45세)	중장년기 (만 45~65세)	
	(복지부) 발달장애인지원센터(광역)		(복지부) 경로당
	(복지부) 장애인 보조기기지원센터(광역)		(복지부) 장기요양복지용구
	(지자체) 장애인가족지원센터		(복지부) 노인보호전문기관
	(복지부) 장애인권익옹호기관(광역)		
	(복지부) 수어통역센터		

출처: 연구진이 작성.

나. 분절적 시스템이 만드는 이용자의 벽

생태체계적 접근이 가능한 거버넌스를 구축하는 데 있어 가장 중요한 요소는 ‘지역을 기반’으로 그 지역의 복합적 취약성을 가진 지역주민을 위한 자원 배분의 권한을 갖춘 지방자치단체의 역할이다. 지역단위 거버넌스의 통합은 이용자 중심의 돌봄 정책이 추진될 수 있는 기반이다. 이는 단순히 행정적 편의를 위한 제안이 아니다. 오히려 현재 돌봄 정책의 근본적 문제를 해결하기 위한 구조적 필연성에서 비롯된 것이다.

지역단위 거버넌스의 통합은 이용자 중심의 돌봄 정책이 추진될 수 있는 기반이 된다. 현재의 분절적 정책 체계에서는 개별 장애인의 실제 필요와 정책이 얼마나 거리가 있는지 이해하기 위해 구체적 사례를 살펴볼 필요가 있다. 청년기, 중장년기, 노년기의 장애인 1인 가구가 돌봄 서비스를 이용하려고 시도한다고 가정해보자. 그들이 마주하는 현실은 다음과 같다. 첫째, 정보 부족의 벽이다. “어떤 서비스를 이용할 수 있는가?”라는 기본적 질문부터 답하기 어렵다. 각 부처와 기관에서 산발적으로 운영하는 서비스 정보가 통일된 창구에서 제공되지 않기 때문이다.

둘째, 접근성의 벽이다. “어디서 서비스를 이용할 수 있는가?”는 또 다

큰 이슈이다. 의료 서비스는 병원, 복지 서비스는 복지관, 주거 지원은 지자체, 식생활 지원은 또 다른 기관이라는 식으로 서비스 기관이 분산되어 있다.

셋째, 행정 절차의 벽이다. “어떤 서류를 준비하고 어디에 신청해야 하는가?”라는 실무적 질문이 가장 현실적이고 절실하다. 각 제도마다 상이한 신청 기준, 필요한 서류, 신청 처가 존재하기 때문이다. 예를 들어, 장애인활동지원서비스는 국민연금공단, 국민기초생활보장은 읍면지소, 의료급여는 보건소 등 여러 곳을 일일이 방문해야 한다. 이러한 어려운 허들을 넘고 넘어서도 서비스 이용은 요원한 현실이 현재 시스템의 가장 큰 문제이다.

다. 구조적 문제의 본질

현존하는 돌봄 시스템의 구조적 문제를 정리하면, (1) 서비스의 파편적·분절적 운영으로 각 부처, 각 기관이 독립적으로 정책과 서비스를 운영하고 있어 동일한 대상자가 여러 기관에 중복 등록되기도 하고, 어떤 영역의 필요는 극도로 과잉 제공되며, 다른 영역의 필수 서비스는 완전히 공백 상태인 상황이 발생한다. (2) 사각지대의 존재로 개별 제도들이 각각 대상 기준을 엄격하게 설정함에 따라 장애 유형, 소득 수준, 나이, 거주 지역 등의 기준에서 하나라도 맞지 않으면 서비스 대상에서 제외된다. 결과적으로 여러 제도의 기준에 동시에 부합하는 대상자만 종합적 지원이 가능하고, 대다수는 불완전한 지원을 받거나 그조차도 받지 못한다. 장애인이 체감하는 것은 아주 미비하다.

무엇보다 가장 큰 구조적 문제는 복합적 취약성을 가진 대상이 간과되는 것으로 현재 시스템은 의료는 의료대로, 복지는 복지대로 영역별로 대

응하지만, 실제 이용자의 어려움은 의료 접근의 어려움 → 돌봄 필요 증가 → 주거 적응의 어려움 → 정서적 고립이라는 식으로 영역 간 상호작용을 한다. 한 영역의 공백이 다른 영역의 문제를 증폭시키는 악순환이 발생하지만, 현 시스템은 이를 감지하지 못한다. 이는 악순환 메커니즘이 작동하는 것으로 한 영역의 공백이 다른 영역의 문제를 증폭시키나, 현 시스템은 이 상호작용을 감지하지 못한다. 결과적으로 영역별 정책은 증가하나 이용자의 실제 삶의 질은 개선되지 않는 역설이 발생한다.

4. 한국에의 적용: 영역 간 균형적 발전, 지역단위 거버넌스, 이용자 중심의 통합

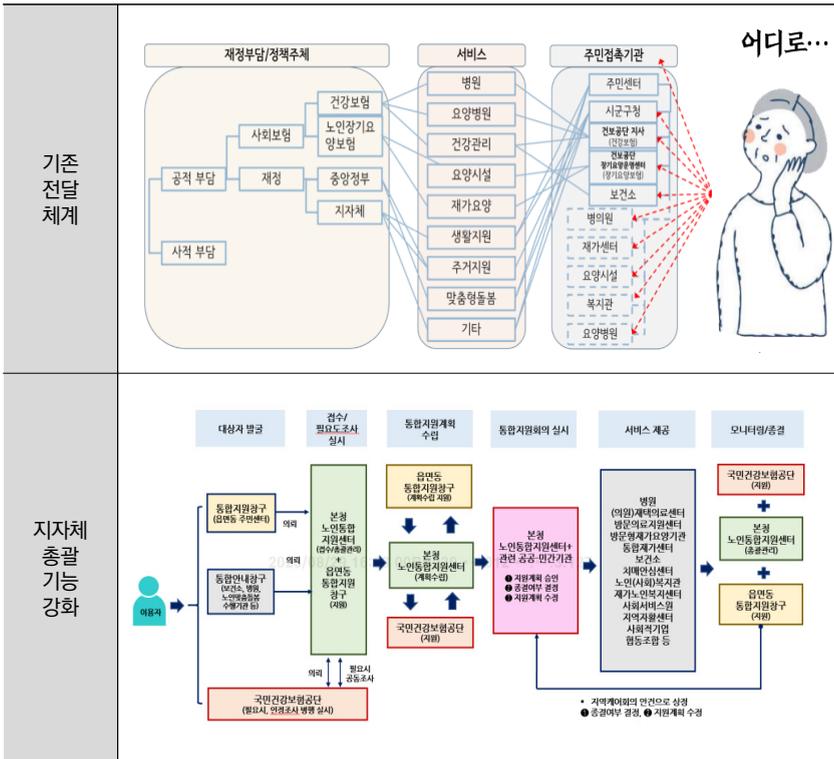
가. 왜 지역 거버넌스 인가: 구조적 필연성

‘어디로 가야 하나?’라는 이용자의 혼란을 체계적으로 해결하기 위한 구조적 필연성 때문에 이용자를 중심으로 하는 ‘통합’이 필요하다. 이러한 거버넌스의 전환이 필요한 이유는 이는 단순한 행정 편의가 아니라 현대 사회가 직면한 구조적 변화에 대응하는 패러다임 전환이다. 기후변화와 재난 대응의 경험이 보여주듯이, 한 부처의 대응으로는 해결 불가능한 복합적 문제가 점증하고 있다. 마찬가지로 급속한 고령화와 저출생 현상은 단순한 인구통계 변화가 아니라 사회 시스템 전반의 재편을 요구하는 구조적 변환이다.

이제는 복지의 양적 확대를 넘어(선택적 복지) 모든 국민의 기본적인 삶의 조건을 국가 공동체가 책임진다는 사회적 계약의 재구성이 필요하다. 또한 경제적 불확실성에 대한 구조적 대안으로서 기술 혁신에 따른 직업 소실, 비정규직 증가, 소득 양극화 등 예측 불가능한 경제적 변동 속에서,

최소한의 기본 생활 조건을 보장하는 거버넌스는 사회 전체의 안정성을 높이는 투자로 이해되고 있다.

[그림 5-3] 지역사회를 중심으로 하는 총괄기능 강화



출처: 김진석. (2021). 지역사회 통합돌봄 전달체계 현황과 과제. 2021년 제1회 통합돌봄 2025 비전포럼 자료집(최재우, 2024, p. 9에서 재인용); 최재우. (2024). 노인의료·돌봄 통합지원 정책 방향. 2024 충청남도 책임의료기관 공동심포지엄 발표자료(2024. 5. 29.), p. 29.

나. 지역 거버넌스의 구조적 근거

장애인 정책만으로(장애인 정책 범주 내에서는) 장애인의 의료, 보건, 돌봄, 주거 등의 기본 생활영역에 필요한 종합적 서비스를 구축할 수 없다. 의료는 보건복지부 산하의 의료정책, 주거는 국토교통부의 주택 정책, 식생활은 농림축산식품부의 식품 정책과 같이 다양한 부처가 관할하고 있다. 이들 각 부처의 정책이 마치 하나의 시스템처럼 조율되려면, 그것을 통합하고 조정할 수 있는 '지역' 수준의 거버넌스가 반드시 필요하다.

이러한 거버넌스의 역할은 궁극적으로 영역 간 상호작용을 기반으로 한 통합의 의미를 실현하여야 한다. 앞서 생태계적 균형의 원리에서 제시했듯이, 다양한 생활영역들은 상호 영향을 미친다. 의료 서비스의 부족이 정서적 불안정으로, 이것이 다시 건강 악화로 이어지는 악순환을 막기 위해서는 단순한 영역별 정책의 나열이 아닌 체계적인 통합이 필요하다.

이는 다음을 의미한다. 첫째, 포괄적 필요 파악이다. 해당 지역의 장애인 1인 가구가 겪고 있는 의료, 보건, 돌봄, 주거, 식생활, 정서 지원, 사회 참여 등 모든 영역의 필요를 동시에 파악하는 체계를 뜻한다. 둘째, 우선 순위의 설정이다. 지역 내 자원과 재정 현황을 고려하여 가장 시급한 영역부터 우선적으로 지원하는 계획의 수립이 필요하다. 셋째, 다부처의 자원 연계이다. 지방자치단체가 보건, 복지, 주택, 교육 등 다양한 부문의 예산과 정책을 조율하여 단일한 목표(장애인 1인 가구의 지역에서의 삶의 질 향상)를 향해 통합해 나가야 한다. 마지막으로 지속적 모니터링과 조정이다. 정책 시행 후 실제 효과를 주기적으로 평가하고, 변화하는 주민들의 필요에 따라 유연하게 조정하는 것이 필요하다.

결론적으로, 복합적 취약성을 가진 장애인 1인 가구를 위한 생태체계

적 돌봄 정책의 실현은 지역 단위에서의 통합 없이는 불가능하다. 현재와 같이 각 부처, 각 기관이 독립적으로 운영되는 정책 구조에서는 서비스 간의 중복이 발생하기도 하고, 동시에 기본적인 욕구가 충족되지 않는 사각지대가 생기기도 한다. 지역을 기반으로 하는 통합 거버넌스는 이러한 비효율성을 제거하고, 제한된 자원으로 최대한의 시너지 효과를 만들 수 있게 한다. 더 중요하게는, 장애인 1인 가구가 지역사회 속에서 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 보장하는 유일한 방안이 될 수 있다.

5. 노인돌봄 구조와의 비교: 장애인 돌봄 체계의 함의

가. 노인돌봄 체계

우리나라의 돌봄제도는 복지 대상별로 장애인, 노인, 아동 등으로 구분되어 운영되고 있다. 이러한 분절적 구조 속에서 장애인 돌봄제도와 노인 돌봄제도는 근본적으로 다른 방식으로 구성되어 있으며, 이는 정책의 실효성과 대상자의 경험에 중대한 영향을 미친다. 특히 다음의 몇 가지 점에서 차이를 확인할 수 있다.

첫째, 돌봄 정책의 주체에 차이가 있다. 노인 돌봄 정책은 대체로 중앙정부의 책임으로 다루어지고 있는 반면, 장애인 정책은 중앙정부와 지자체의 협력 체계로 구성되어 운영되고 있다. 장애인 24시간 돌봄은 중앙정부의 활동지원제도 급여량과 지자체의 추가 활동지원 급여량이 결합되어 제공된다. 이 외에도 지자체는 장애인의 개별적 돌봄 지원 요구에 대응하기 위하여 야간순회 서비스, 응급 상황 대응 시스템(예: 서울시의 응급콜), AI·IoT 기반 돌봄 등 다양한 시도를 수행하여 다각화되고 있는 장애인의 돌봄 요구에 대응하고 있다. 이에 이미 지자체의 역할이 장애인 돌

봄 요구에서 중요하다.

둘째, 인구구조 변화에 대응하는 돌봄 체계의 구성이 근본적으로 다르다. 노인 돌봄 정책은 1인 가구와 같은 인구구조 변화에 대응하기 위한 전담 체계를 갖추고 있으나, 장애인 돌봄 정책에는 이러한 구체적 체계가 미흡한 상황이다.

[그림 5-4] 노인돌봄 체계와 장애인돌봄 체계 비교



출처: 연구진이 작성.

노인 대상 돌봄 정책은 3중 구조로 운영된다. 첫 번째 층은 노인장기요양보험제도로서 중증의 기능제한을 가진 노인에게 장기적인 돌봄 서비스를 제공한다. 두 번째 층은 맞춤형돌봄(재정지원 일자리 사업)으로서 저소득 노인의 특수한 필요에 대응한다. 여기에 1인 가구 등이 포함된다. 세 번째 층은 75세 이상 고령 노인을 대상으로 하는 통합돌봄(의료·돌봄 통합)으로서 의료와 돌봄의 연계된 지원을 제공한다. 이 외에 지자체의 긴급돌봄, AI·IoT 기반 돌봄 등이 추가되어 돌봄의 공백을 메우고 있다.

추가적으로 보건복지부는 1인 가구 노인, 특히 독거노인의 취약성을

인식하고 「독거노인 종합지원대책」을 수립하였다. 제2차 대책(2018~2022)은 다음과 같은 4대 과제를 제시하였다. 첫째, 독거 유형별 맞춤형 서비스 제공이다. 이는 모든 독거노인을 동일하게 지원하는 것이 아니라, 건강 상태, 경제적 상황, 사회적 연결성 등에 따라 맞춤형 지원을 제공한다는 의미이다. 둘째, 지역사회 거주환경 개선이다. 독거노인이 지역사회 내에서 안전하고 존엄하게 생활할 수 있도록 물리적 환경을 개선하는 것을 의미한다. 셋째, 독거노인 자립 역량 강화이다. 단순 돌봄 제공을 넘어, 노인이 가능한 한 독립적으로 생활할 수 있는 능력을 강화하는 것을 목표로 한다. 넷째, 정책 지원 인프라 구축이다. 이는 위의 세 가지 과제를 지속적으로 추진할 수 있는 제도적, 재정적, 인적 인프라를 구축하는 것을 의미한다. 이러한 정책 전개를 통해 보건복지부는 돌봄 사각지대의 해소와 고위험 독거노인에 대한 보호를 정책의 핵심으로 삼고 있다(보건복지부, 2018). 이는 단순히 어떤 서비스를 제공할 것인가에 머물지 않고, 누가 가장 취약한가를 파악하고 그들을 우선적으로 지원한다는 정책적 우선순위 설정을 의미한다.

나. 장애인 정책의 현재 수준과 개선 사항

현재의 장애인 돌봄 정책은 노인 돌봄 정책과 같은 수준의 체계성과 구체성을 갖추지 못하고 있다는 점이 확인된다. 특히 1인 가구 장애인의 증가라는 현실적 변화에 대응하기 위해서는 노인 정책에서 시도한 종합대책과 같은 수준의 정책적 노력이 필수적이다. 특히 다음과 같은 사항이 강조되어야 한다.

첫째, 장애인 1인 가구의 특성에 따른 유형별 분류와 맞춤형 서비스 제공이 필요하다. 건강 상태, 경제적 상황, 사회적 연결성, 거주 환경 등에

따라 차별화된 지원 체계를 구축해야 한다. 둘째, 지역사회 거주환경 개선을 위한 정책적 투자가 필요하다. 주거지 개조, 이동 편의성 개선, 지역사회 접근성 강화 등을 통해 장애인이 지역사회 내에서 안전하고 존엄하게 생활할 수 있는 환경을 조성해야 한다.

셋째, 장애인의 자립 역량 강화를 정책 목표로 삼아야 한다. 돌봄 서비스 제공만이 아니라, 개인의 능력 범위 내에서 가능한 한 독립적으로 선택하고 결정할 수 있도록 역량을 강화하는 것이 필수적이다. 넷째, 정책 지원 인프라 구축을 위해 제도적, 재정적, 인적 자원의 투입이 필요하다. 중앙정부와 지자체 간의 역할 분담, 다부처 협력 체계 구축, 관련 인력 양성 등이 이에 포함된다. 이러한 정책적 개선이 이루어질 때, 장애인 1인 가구는 현재의 제도적 사각지대에서 벗어나 체계적이고 통합적인 지원을 받을 수 있게 될 것이다. 이러한 정책적 개선이 이루어질 때, 장애인 1인 가구는 현재의 제도적 사각지대에서 벗어나 체계적이고 통합적인 지원을 받을 수 있게 될 것이다. 동시에 이는 노인 1인 가구, 아동 양육자 등 다른 취약 집단에도 적용 가능한 보편적 정책 모델로 발전할 수 있다.

제2절 1인 가구와 장애인 통합돌봄

1. 장애인 통합돌봄의 정책적 공백

2019년 「커뮤니티케어 추진 방안」 발표 이후 통합돌봄은 인구고령화에 대응하는 필연적인 제도로서 발전하였으나, 노인과 장애인을 대상으로 하는 정책 추진 현황에는 현저한 차이가 있다. 노인 대상 통합돌봄은 장기요양 재가급여자, 요양병원 퇴원환자, 돌봄서비스 중점군 등 의료·돌

봄 수요가 큰 노인을 명시적으로 대상으로 설정하고, 방문의료, 방문간호, 주거 지원 등의 통합적 서비스를 제공해왔다. 또한 지역사회 내 서비스 연계, 재가의료 확대, 전달체계 정립에 관하여 지속적인 논의와 정책 방향 설정이 이루어져 관련 경험이 누적되어 왔다(강혜규 외, 2022; 최재우, 2024).

이와 대비하여 장애인 대상 통합돌봄은 2019년 초기 시범사업 이후 지속적인 정책적 관심을 받지 못하였다. 관련 정책 논의, 학술적 연구, 실행 방안에 관한 체계적 축적이 미흡하며, 최근 「장애인의 지역사회 자립 및 주거 전환 지원에 관한 법률」(이하 장애인지역사회자립법)의 제정에도 불구하고 통합돌봄과의 연계성이 충분하지 못한 상태이다.

초기 장애인 대상 시범사업(2019년, 대구 남구·제주시)은 현재의 통합돌봄 방향과는 다르게 구성되었다. 당시 시범사업은 장애인의 지역사회 자립과 삶의 질 향상을 목표로, 주거, 건강, 돌봄 등 다양한 영역의 통합적 서비스를 제공하도록 설계되었다. 이는 울산의 거주시설에서 발생한 구조적 인권침해 사건에 대응하여 시설 중심 정책의 종식을 요구하는 장애계의 목소리와 지역사회 기반 돌봄 정책을 결합한 시도로 이해된다. 그러나 이후 장애계의 정책 요구는 '탈시설 입법'으로 수렴되었으며, 2025년 2월 「장애인의 지역사회 자립 및 주거 전환 지원에 관한 법률」이 국회를 통과하여 2027년 본격 시행을 앞두고 있다.

장애인지역사회자립법은 기존의 복지 중심 접근을 넘어 주거 지원 정책을 명시적으로 포괄하고, 지역사회 내 통합적 지원체계 구축을 시도함으로써 탈시설 정책의 외연을 확대했다는 점에서 의의가 있다. 그러나 현재 시행 중인 통합돌봄 정책과의 연계성은 부족하다. 결과적으로 현 단계 장애인 통합돌봄 정책은 이론적 축적의 부족, 초기 시범사업 이후의 정책 경험의 미흡 등 다양한 공백을 안고 있는 상황이다.

2. 장애의 사회적 모델과 돌봄 윤리의 통합

1990년대 이후 한국 장애인 정책의 근간을 이루어온 자립생활 패러다임은 장애의 사회적 모델에 기반한다. 사회적 모델은 장애를 개인의 신체적·정신적 결함이 아니라 장애인을 배제하고 차별하는 사회적 구조와 환경에서 비롯된 것으로 이해한다. 따라서 국가의 역할은 장애인에게 자신의 삶에 대한 선택과 통제를 행사하고 모든 결정을 내릴 수 있는 필요한 수단을 제공하는 것으로 규정된다. 이러한 패러다임 전환은 수동적·의존적·무력한 장애인이라는 전통적 규정을 거부하고, 장애인의 주체성, 선택권, 통제력을 강조하는 방향으로 발전하였다.

이러한 맥락에서 장애계에서는 오랫동안 ‘돌봄’이라는 단어가 내포하고 있는 의존성, 수동성, 무력함이 장애인의 주체성과 자기결정권을 훼손한다고 인식해 왔다. 결과적으로 장애 정책과 운동에서는 ‘돌봄’이라는 용어보다 ‘지원(support)’이라는 용어를 선호하게 되었으며, 이는 장애인의 주체성 강조로 표현되었다. 이러한 입장은 자립생활 패러다임의 핵심 가치를 보호하는 의미 있는 움직임이었으나, 동시에 돌봄의 윤리적·사회적 가치와 현실적 필요성을 과도하게 간과하는 측면도 부인할 수 없다.

최근 돌봄 윤리(ethics of care) 또는 돌봄 민주주의(care democracy) 등의 개념이 우리 사회에 새로운 화두로 떠올랐고, 현재 논의되고 있는 ‘기본서비스’의 ‘기본 돌봄’도 돌봄윤리적 철학을 내포하고 있다. 즉, 돌봄 윤리는 인간을 본질적으로 의존적 존재로 보고, 돌봄을 사회운영의 원리이자 모두의 책임으로 간주하는 관점이다. 돌봄 윤리의 견지에서 돌봄은 단순한 시혜나 개별 가족의 책임이 아니라, 사회 전체가 공동으로 책임져야 할 윤리적 의무로 확장된다(김희강, 2016). 기본 돌봄의 개념도 이와 맥락적으로 같다. 이러한 인식은 장애인을 포함한 모든 취약

계층에 대한 지원을 개별적 자선이 아닌 국가와 사회의 공동 책임으로 전환하려는 정책적 노력의 철학적 토대가 된다.

톰 셰익스피어(Tom Shakespeare)를 비롯한 장애학자들은 사회적 모델이 ‘돌봄’과 ‘지원’의 엄격한 이분법이 현실의 복잡성을 간과하고 있음을 지적하였다. 사회적 모델의 강점은 사회 구조적 변화의 중요성을 강력히 강조한다는 데 있으나, 동시에 개인의 신체적·정신적 필요(medical need)를 과도하게 간과하는 경향이 있다는 것이다. 실제 장애인들은 사회적 장벽의 문제와 신체적·정신적 필요의 문제를 동시에 직면하고 있으며, 이 두 가지 차원은 상호 분리될 수 없는 관계를 이루고 있다(Shakespeare, 2006).

셰익스피어는 장애를 ‘사회적, 환경적, 기타 장벽’과 ‘신체와 정신’이 모두 관여하는 복잡한 상호작용으로 이해할 것을 제안한다. 이는 장애인들이 건강상의 어려움과 정신건강 문제를 함께 경험할 수 있으며, 동시에 환경의 물리적 장벽과 편견·차별의 사회적 장벽에 직면한다는 의미이다. 따라서 이에 대한 대응은 의료적, 심리적, 환경적, 복지, 교육 등 다면적이고 통합적인 접근을 요구한다. 즉, 장애 문제는 어느 한 영역의 지원으로 해결될 수 없으며, 사회 구조 개선과 개인의 필요 충족이 동시에 이루어져야 하는 것이다.

이러한 비판적 성찰은 한국장애인복지학회 등 국내 학계에서도 점진적으로 주목받고 있으며, 장애인권 운동과 돌봄 윤리 간의 대립을 넘어서려는 시도로 평가된다. 그 결과 장애계에서는 돌봄과 지원을 대립적이 아닌 상호보완적 관계로 재개념화하고, 권리와 돌봄을 통합하는 새로운 패러다임을 모색하는 중요한 전환점에 놓여 있다. 돌봄은 개인이나 가족의 책임을 넘어 사회 전체가 책임져야 할 국가적 과제로 인식되고 있으며, 이는 장애인 통합돌봄 정책 발전의 철학적 기초가 될 수 있다.

3. 장애인 대상 통합돌봄의 과제

초고령화 사회로의 진입은 단순한 인구구조의 변화가 아니라 장애 인구 증가라는 구조적 결과를 초래한다(Landré, et al., 2022; Newman, 2023). 이는 불가피한 사회 현상이자 정책이 반드시 대응해야 할 과제이다. 연령 증가에 따른 장애 인구 증가의 메커니즘은 다음과 같이 요약된다. 노인성 기능제한(age-related functional decline)은 만성질환보다 일상생활에서의 장애 발생을 더욱 강력하게 예측한다. 즉, 고혈압이나 당뇨병 같은 만성질환이 있더라도 기능 능력이 남아 있으면 일상생활이 가능하지만, 노인성 기능 장애로 인한 신체 및 인지 능력 저하는 직접적으로 일상생활 수행의 어려움으로 이어진다는 의미이다.

본 연구의 조사를 통해 확인된 바와 같이, 노년기 1인 가구의 노인성 기능제한은 단일한 요인이 아닌 복합적 문제들의 상호작용으로 발생한다. 신체적 측면에서는 근력 저하, 신체 능력 감소, 낙상 위험 증가가 나타나고, 감각적 측면에서는 시각 기능 저하(백내장, 황반변성 등)와 청각 기능 저하로 인한 사회적 고립이 심화된다. 인지적 측면에서는 인지 기능 저하, 기억력 감퇴, 의사결정 능력 감소가 발생하며, 정서적 측면에서는 심리적 상태 악화, 우울증, 불안감 증가가 나타난다. 이들은 상호 연쇄적으로 영향을 미치는 악순환 구조를 형성한다. 예를 들어 장애로 인한 사회적 소통 어려움이 심리적 우울증을 초래하고, 이것이 신체활동 의욕 감소로 이어져 근력 약화가 심화되는 식의 악순환이 지속된다(Campbell & Putnam, 2021).

「돌봄통합지원법」에서 장애인은 명시적으로 주요 정책 대상으로 규정되어 있다. 그러나 법제 수준의 원칙적 표현과 실제 정책 운영 사이에는 심각한 간극이 존재한다. 구체적으로, 현 통합돌봄 정책에는 다음과 같은

구체성의 부재 문제가 있다. 첫째, 대상 규정의 모호성이다. 장애인 중에서도 누구를 대상으로 할 것인가, 어떤 기준으로 우선순위를 결정할 것인가와 같은 부분이 모호하다. 또한 통합돌봄에서 강조하고 있는 것은 복합 취약성의 부분이다. 본 연구에서 강조한 바와 같이, 1인 가구 장애인이 겪는 복합적 취약성(의료, 보건, 돌봄, 주거, 정서 문제의 동시 발생) 등에 대한 고려도 미흡하다.

둘째, 서비스 내용의 불명확성이다. 어떠한 서비스를 제공할 것인가로서 일상생활의 영위를 위한 기본돌봄 영역 서비스의 연계 기준의 부재이다. 의료 서비스, 돌봄 서비스, 주거 지원이 어떤 기준에 따라 어떻게 동시에 제공되는지 불명확하다. 제공할 수 있는 서비스의 내용도 명확하지 않다. 이 연구에서 제시한 바와 같이 현재 제공되고 있는 영역별 서비스의 내용과 양은 충분하지 못하기 때문에 단순히 '연계'만 강조하는 것은 의미있는 정책이 될 수 없다.

4. 우선 대상의 명확화 및 생애주기별 지원 전략

2026년 3월 27일 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(돌봄통합지원법)」이 전국적으로 시행됨에 따라, 지방정부를 중심으로 한 전달체계 개편이 본격화되고 있다. 돌봄통합지원법에 따라 시·군·구가 통합돌봄의 실질적인 컨트롤타워 역할을 수행하게 되고, 이를 위해 시·군·구에서는 통합지원 전담조직을 설치하고, 신청접수부터 조사·종합판정, 개인별 지원계획 수립, 통합지원 서비스 연계, 모니터링까지 원스톱으로 제공하는 체계를 갖추고자 하고 있다.

보건복지부는 2025년 8월 11일 복지부 장관(정은경 장관)을 단장으로 하는 '의료·요양 통합돌봄 추진본부'를 출범시켰으며, 2025년 9월 30일

에는 중앙부처·지자체·전문가가 함께 참여하는 ‘통합돌봄정책위원회’를 개최하여 통합돌봄 제도의 안착과 실행방안을 협력·조정하고 있다. 행정안전부는 지자체 인력 지원을, 국토교통부는 고령자 복지주택 및 서비스 결합형 공공·민간임대주택 공급을, 농림축산식품부는 농촌 맞춤형 의료·돌봄 생활서비스를, 문화체육관광부는 노인·장애인 문화여가 프로그램 개발을 각각 담당하며, 범부처적 협력체계를 구축하고 있다(보건복지부, 2025c), 이는 선별적·잔여적 복지 모델의 한계를 극복하기 위해 새로운 정부에서 제시하고 있는 새로운 정책 패러다임으로서의 기본서비스(주거·의료·돌봄·교육·교통·에너지·통신·금융·문화 등 9대 기본서비스 영역의 보편적 권리 보장)로의 첫 발걸음으로 이해된다. 특히 복지분야는 ‘기본 돌봄’의 영역으로서 그 중요성을 가지고 전달체계의 개편부터 시작하고 있다.

더불어 전달체계 개편과 함께 고민되어야 할 것은 복합적인 욕구에 대응하는 서비스 내용이다. 최재우(2024)는 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업에서 제공하는 서비스로서 (1) 방문의료, 퇴원환자 지원, 주요 욕구별 맞춤형 서비스 제공(장기요양 재가 노인, 장기요양 진입 전 재가 노인, 퇴원환자군으로 분류), (2) 공공-민간 간 협업체계 구축(건보공단 지사, 보건소, 치매안심센터, 지역 내 주민조직, 공동체 네트워크 등), (3) 지자체 총괄 기능 강화(통합지원회의를 통한 관련 기관 간 협업 활성화)가 시도되었다고 제시하였다. 이를 실현하는 방식으로 우선 서비스 군을 4개 영역으로 구분하고(전문의료/요양병원/장기요양/지자체 돌봄), 기존 체계에서 제공되고 있지 못하는 의료-보건 영역의 서비스들을 지속적으로 개발하고, 이후 기존 제도와 연계를 통한 통합의 방향을 모색하고 있다(보건복지부, 2025d).

장애인 대상 통합돌봄이 실현되기 위해서는 노인 통합돌봄과 마찬가지로

로 우선 대상자의 선별과 이들에게 제공할 수 있는 서비스 개발이 필요하다. 통합돌봄은 기존 제도가 가지는 한계를 극복하면서도 제도 간 간극, 사각지대를 메워 다양한 서비스가 필요할 때 적절히 제공할 수 있는 체계로서의 지향점을 가져야 할 것으로 생각된다. ‘한국형 돌봄 안전망을 구현하는 패러다임’(강혜규 외, 2022)으로서 기존 제도로 지원하지 못했던 돌봄 전반을 포괄하는 정책으로 확장될 필요가 있다.

영국의 성인돌봄(Adult Social Care) 체계를 살펴보면, 기존의 보건의료 서비스와 소득보장, 주거 및 여가서비스에서 지원하지 못하는 영역의 서비스를 지방정부가 지역의 특성에 맞는 서비스로 개발해 지원 요구에 대응해 가는 구조를 지향할 필요가 있다(National Audit Office, 2018). 영국의 성인돌봄 체계는 의료(NHS), 주거, 여가, 소득보장 등 기존 제도가 커버하지 못하는 영역을 지역사회 기반으로 채워가는 접근을 취하고 있음을 알 수 있다.

이러한 접근으로 본 연구는 장애인 통합돌봄의 우선 대상으로 1인 가구의 복합적 취약성을 고려할 것을 제안한다. 보다 구체적으로는 장애인 1인 가구 중에서도 수술 등의 이유로 1년에 5회 이상 병원 입원과 퇴원을 반복하는 정도의 건강 상태를 가진 자를 우선 대상으로 설정할 수도 있다. 이러한 기준은 객관적이고 측정가능하며, 실제 위기 상황에 있는 집단의 선별로 고려되어야 한다. 더불어 본 연구의 실태조사와 개별면접을 통해 도출된 지원 욕구를 바탕으로, 다음과 같은 서비스 개발 방향을 제시하고자 한다[그림 5-5 참조].

장애인 1인 가구가 지역사회에서의 독립적이고 자주적인 삶을 위해 필요로 하는 지원 영역은 의료-보건, 돌봄·일상생활지원·식생활 지원, 경제 및 주거 안정, 사회참여 및 정서(디지털 포함)로 구분할 수 있으며, 생애 주기에 따라서 각 영역에서 요구하는 혹은 지향하는 지원 요구의 수준이

나 내용 측면에서 차이를 보인다. 이러한 장애인 1인 가구의 삶의 모습을 바탕으로 하는 관련 서비스 지원 전략이 필요하다.

[그림 5-5] 생애주기별 장애인 1인 가구의 지원 요구 및 지원 전략

	노년기 특화 서비스	중장년기 특화 서비스	청년기 특화 서비스
의료, 건강관리 예방	노화와 장애 중첩, 정서 심화 <ul style="list-style-type: none"> 기능상태의 취약성 증대 - 심리적 좌절감과 죽음에 대한 불안감 대응 응급안심알림서비스 등 응급 대응 물리치료, 작업 치료 등 통증관리 	기능회복 중심의 재활 <ul style="list-style-type: none"> 적극적 건강관리, 복약관리(많은 약) 물리치료, 작업 치료 등 기능회복 2차 장애 예방 중심의 재활 건강을 위한 재활 운동, 체육 등 	예방적 건강 관리 <ul style="list-style-type: none"> 건강을 위한 재활, 운동, 체육 활동 등
돌봄 일상생활 지원	단기 돌봄, 식생활 지원 <ul style="list-style-type: none"> 필요할 때, 집안일 지원 혹은 외출 동행 지원 갑작스러운 건강 악화 시 돌봄 식생활 지원(반찬, 영양식 등) 	단기 돌봄, 식생활 지원 <ul style="list-style-type: none"> 다양한 단기 돌봄 서비스 필요할 때 즉시 이용할 수 있는 단기 돌봄 반찬, 맞춤형 식생활 지원 	돌발적 위기 대응, 식생활 <ul style="list-style-type: none"> 응급안전안심(현재주소) 스마트 도어락이나 안심센터 드이이 적용에 장애특성을 고려 요구 반찬 배달 등
경제, 주거, 주거환경	경제적 지원 강화 <ul style="list-style-type: none"> 약값 등 추가 지출 증가 이슈 등을 고려한 경제적 지원 기능 쇠퇴에 따른 안전한 주거 환경 지원 	경제활동 요구, 주거 안정 <ul style="list-style-type: none"> 높은 근로 욕구, 부분적 자립 추구 위급상황을 대비할 수 있는 경제적 상태 임대 주택 등 주거 안정 단독 주택 등의 주거환경 개선 	자립을 위한 경제력, 안정된 주거 <ul style="list-style-type: none"> 일자리, 경제활동에 대한 욕구 높음 근로 연계형 일자리 강화 임대주택 등 주거안정 재계약 등의 행정 절차 간소화
사회참여, 정서지원 디지털 접근	정서적 지원 <ul style="list-style-type: none"> 외로움, 고립에의 대응 서비스 안전 네트워크 구축 필요 디지털 소외 대응 방문형 정보제공 	사회참여 및 소속감 지원 <ul style="list-style-type: none"> 사회적 역할 유지, 공동체 소속감, 동료 장애인과의 경합 공유 서비스 지역 기반 주요 자치기관 형성 서비스 	관계 형성 지원 <ul style="list-style-type: none"> 외로움과 고립에 대응 하는 관계 형성지원 (결혼, 동년자 관계) 디지털의 활용은 이들의 일상과 관련 높음

출처: 연구진이 작성.

5. 지역 기반 돌봄생태계의 조성

장애인을 대상으로 하는 통합돌봄은 장애인 정책의 고유한 철학인 자립생활패러다임 및 UN CRPD(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)와 같은 권리 기반을 존중하며 발전하여야 한다. 이를 위해서는 장애인 당사자는 물론 장애인 단체, 협회 및 장애인 관련 다양한 전달체계(장애인 복지관, 발달장애인 지원센터, 장애인보조공학센터, 장애인권익옹호기관, 수화통역센터 등)를 포괄하여 다양한 이해당사자가

참여하는 돌봄 생태계를 구축할 필요가 있다.

본 연구에서 주요하게 제시하고 있는 1인 가구의 고립이나 외로움 등의 이슈는 지역을 기반으로 하는 탄탄한 네트워크 구축을 통해 해소할 수 있고, 이는 연대와 상호돌봄의 기초를 실현할 수 있는 주요한 자원이 될 수 있다. 특히 장애인 단체는 정보 제공, 정서 지원, 권익옹호, 긴급돌봄 연계 등에서 핵심 역할을 수행할 수 있다. 이들의 적극적 참여는 서비스의 실효성과 정책의 정당성을 높일 수 있다. 따라서 지역사회 내 장애인 관련 단체, 협회, 장애인복지관, 광역단위의 다양한 센터 기반 자원들과의 연계 체계를 강화하여 통합돌봄 생태계를 구축하는 것이 필수적이다.

결국 장애인 통합돌봄은 단순한 서비스 제공을 넘어, 장애인 1인 가구와 같은 복합적 취약성을 가진 집단의 지역사회 자립과 인간다운 삶을 실질적으로 보장하는 정책이어야 한다. 이를 위해서는 다층적 거버넌스 구축에 명확한 대상 선별, 차별화된 서비스 개발이 이루어져야 하며, 장애인의 주체성과 권리를 존중하는 기존 정책 패러다임과 상호돌봄의 새로운 윤리를 통합하는 전환점이 되어야 한다. 이것이 초고령사회로 진입하는 한국 사회 전체가 추구해야 할 포용적 미래의 첫걸음이라 할 수 있다.

제3절 중장기적 정책 제언

1. 사회구조적 변화에 대응하는 연구의 확대와 정책의 정교화

현대 한국 사회는 초저출산·고령화라는 인구사회학적 변화와 함께 1인 가구의 급증, 킨리스(kinlessness) 현상이라는 새로운 사회구조적 과제에 직면하고 있다. 2022년 유엔 세계인구전망에 따르면, 전 세계 인구는

2086년경 약 104억 명에 달한 뒤 감소할 것으로 예측되며(Ritchie et al., 2022; United Nations, 2022), 한국은 2072년 총인구가 3,622만 명으로 감소하고 65세 이상 인구 비율이 47.7%로 급증할 것으로 전망된다(국가데이터처, 2024b). 이러한 고령화 추세는 장애 인구구조에도 반영되어, 2024년 등록장애인 중 55.3%가 65세 이상으로(보건복지부, 2025a), 고령인구가 많은 역피라미드형 고령화 구조를 이미 형성하고 있다. 동시에 1인 가구는 2024년 전체 가구의 36.1%를 차지하며(국가데이터처, 2025), 장애인 집단에서도 비혼·이혼·사별 등 다양한 이유로 인한 1인 가구가 꾸준히 증가하고 있다.

국내외 선행연구는 1인 가구가 직면한 다차원적 취약성을 광범위하게 확인하였다. Abell & Steptoe(2021)는 독거 노인의 사망률이 동거인이 있는 노인에 비해 1.20배 높으며, 특히 이혼이나 사별로 인해 독거 상태로 전환된 경우 사망 위험이 1.34배 증가한다고 보고하였다. 장애인 1인 가구는 이러한 취약성이 더욱 심화되는데, 관련 연구에 따르면 장애인은 비장애인보다 약 2배 높은 독거 확률을 보이며 독거 기간 또한 더 길게 지속되는 것으로 확인되었다(Savage & McConnell, 2016; von Reichert, 2022). 또한 사회적 고립과 돌봄 사각지대에 중첩적으로 노출된다는 점을 강조한다(Norström et al., 2021).

본 연구의 조사 결과도 이를 확인하였다. 1인 가구가 다인가구에 비해 현저히 취약하며, 이들이 직면한 어려움은 단일한 서비스 제공만으로 충족되지 않는 다차원적이고 다면적인 특성을 지닌다. 특히 주거비 부담, 편의시설 부족, 만성질환, 소득·자산의 불안정성 등 여러 영역의 어려움이 동시에 나타난다. 본 연구를 통해 확인된 또 다른 중요한 발견은 생애 주기에 따라 장애인 1인 가구의 특성과 요구가 차별화된다는 점이다. 비록 장애인이라는 정책 대상이 장애에 따른 기능제한의 수준과 정도가 개

별적이어서 요구의 일반화가 어렵지만, 청년기, 중장년기, 노년기 1인 가구는 나름의 차별적 특성을 보인다. 그러나 국내 연구에서는 생애주기에 따른 장애인 1인 가구가 직면한 어려움에 대한 다층적 위험 분석이 아직 부족한 상태이다. 따라서 향후 사회구조의 변화에 대응하는 장애인 관련 연구가 보다 활발히 진행되어야 하며, 이를 기초로 하여 개별화되고 유연한 정책의 정교화 전략들이 마련되고 시도되어야 할 것이다.

2. 통합 대상체계 구축: 보편적 돌봄 안전망으로의 전환

본 연구에서 확인한 바와 같이, 장애인 1인 가구는 생애주기에 걸쳐 의료 접근의 제약, 돌봄 지원(장기적·단기적), 경제적 및 주거의 불안정성, 정서적 고립이라는 공통된 취약성을 경험하고 있다. 이는 특정 집단에 국한된 개별적 문제가 아니라, 범사회적 돌봄 체계의 구조적 공백을 반영한다는 점에서 중요한 의미를 갖는다. 따라서 장애인 통합돌봄의 정책 대상은 초기 논의에서 제시된 ‘노인, 장애인, 정신장애인, 노숙인, 아동 등 돌봄이 필요한 모든 국민’으로 단계적 확대를 전제로 하여 시행되어야 한다. 이는 특정 집단만을 대상으로 하는 파편적 정책에서 벗어나, 보편적 돌봄 안전망으로의 근본적 전환을 의미한다.

이러한 통합돌봄 지원체계의 단계적 구축을 위한 중장기적 방향은 다음과 같은 단계적 접근을 통해 달성될 수 있다. 1단계는 현재 단계로서 복지대상별 분류와 마찬가지로 돌봄 대상군 내 통합 지원체계를 구축하는 것이다. 노인과 장애인, 정신장애인 등 대상군 내에서 먼저 통합적 지원체계를 구축한다. 2026년 3월부터 전국적으로 시행되는 「돌봄통합지원법」은 이러한 전환의 법적 토대로서 작동할 것이다. 2단계는 중기적 접근은 현재 노인 중심 설계에서 장애인 맞춤형 전략을 포괄하여 운영하는 것

이다. 현재 노인 중심으로 설계된 통합돌봄 체계에 장애인의 특성과 욕구가 실질적으로 반영되면, 노인 중 장애인 통합돌봄의 대상으로 편입되는 대상도 생기게 되고, 결국 65세 이상 노인과 고령장애인이 통합되는 구조로 운영이 가능하다. 마지막 3단계는 장기적 관점으로 보편적 통합지원 체계로의 이행단계이다. 장기적으로는 기본권으로서 돌봄의 권리를 보장하는 보편적 통합지원체제로 이행해야 한다. 이는 모든 국민이 필요한 시점에 적절한 돌봄을 받을 수 있는 사회 시스템의 구축을 의미한다.

특히, 고령 장애인의 정책적 위치를 명확히 하여야 한다. 건강한 노인도 삶의 어느 시점에서 기능 저하와 장애를 경험할 수 있다. 고령 장애인은 노화와 장애의 중첩으로 인해 복합적 돌봄 욕구를 갖게 된다. 본 연구의 노년기 장애인 1인 가구 사례는 이를 명확히 보여준다. 이들은 65세 전후 장애인활동지원제도와 노인장기요양제도 사이의 제도적 혼란, 의료 접근성 한계, 사회적 고립 심화 등을 동시에 경험하고 있다. 이는 노인과 장애인을 구분하는 대상별 접근의 한계를 명확히 보여준다. 65세 이상의 그룹에서는 노인인가, 장애인인가라는 정책적 구분이 실질적 의미를 갖지 못한다. 오히려 고령 장애인은 노인과 장애인 정책의 경계에 위치함으로써 양쪽 정책에서 모두 충분한 지원을 받지 못하는 상황에 처하게 된다.

따라서 고령 장애인에 대한 정책은 노인정책을 포괄하는 통합돌봄 정책에서 우선적으로 다루는 것이 적절하다. 이는 통합돌봄 정책의 설계 단계에서부터 고령 장애인을 명시적으로 고려해야 함을 의미한다. 더 나아가 이후 통합돌봄은 장애인돌봄 정책까지 포괄하여 전 국민의 돌봄 필요에 대응하는 제도로서의 비전을 가지고 발전해나가야 한다. 이러한 정책 전환은 지역을 기반으로 발전할 수밖에 없다. 따라서 지방자치단체의 역할 강화와 지역 단위의 자율성 확대를 통해서만 실현될 수 있다. 이는 지방분권 논의와 함께 동시에 고려되어 발전되어야 할 사항이다.

3. 생태계적 통합 접근을 위한 제도 강화

미국 Camden Coalition의 복합돌봄 생태계 모델이 제시하는 핵심 교훈은 의료, 요양, 돌봄, 주거, 소득, 사회참여 등의 영역이 상호의존적이라는 점이다. 어느 한 영역의 강화만으로는 전체적인 삶의 질이 개선될 수 없으며, 각 영역은 상호 영향을 주고받는 유기적 관계를 이루고 있다. 현재 장애인 정책은 활동지원서비스에 상당한 자원이 집중되어 있으나, 주거 지원, 의료 접근성, 사회참여 지원 등 다른 영역의 발전은 상대적으로 미흡한 상황이다. 본 연구 참여자들이 경험한 병원 동행 부재, 이동 제약, 의료급여 일수 제한, 보건소 재활치료 접근성 한계, 주거 불안정, 식생활 결핍, 사회적 고립 등의 문제들은 단일 서비스로는 해결될 수 없는 생태계적 성격의 문제임을 명확히 보여준다.

이에 생태계적 통합접근을 위해서는 중장기적으로 다음의 세 가지 과제를 지속적으로 강화, 확대해 나가야 한다. 이는 개별 서비스를 확대하는 것만이 아니라, 전체 체계의 균형을 고려한 발전을 의미한다. 이를 위해서는 첫째, 취약한 영역의 우선적 강화가 필요하다. 생태계적 통합 접근의 첫 번째 과제는 영역 간 균형적 발전을 지향하는 것이다. 이는 개별 서비스를 확대하는 것만이 아니라, 전체 체계의 균형을 고려한 발전을 의미한다. 우선적으로 강화되어야 할 영역으로는 주거 안정성 확보, 의료 접근성의 개선, 정신건강 지원, 사회참여 기회 제공 등이 필요하다.

둘째, 돌봄지원 영역 간 정보 공유와 협력 체계의 고도화이다. 생태계적 통합 접근이 실질적으로 작동하기 위해서는 관련 기관들이 개별 장애인의 정보를 중앙에서 통합적으로 관리하고 신속하게 공유할 수 있는 구조가 필수적이다. 특히나 ICT 기반 통합 관리 시스템의 구축 등을 생각해 볼 수 있다. Camden의 Health Information Exchange 사례를 참고하

면, 병원, 활동지원기관, 복지관, 주치의, 지자체 담당자, 관련 서비스 제공기관 등이 실시간으로 정보를 공유할 수 있는 구조가 필요하다. 예를 들어, 의료 현황(진료기록, 처방내역, 건강 상태 변화 등), 돌봄 서비스 이용 현황(이용 현황, 이용 공백, 이용 만족도 등), 주거 상태(주거 형태, 주거 환경, 주거 안정성 등), 사회서비스 이용 현황(이용 중인 서비스, 미이용 서비스, 서비스 연계 필요성 등)이 통합 데이터베이스에서 관리되고, 관련 기관들이 이를 실시간으로 공유함으로써 개발 장애인의 필요에 대한 통합적이고 신속한 대응이 가능한 체계의 구축이 필요하다.

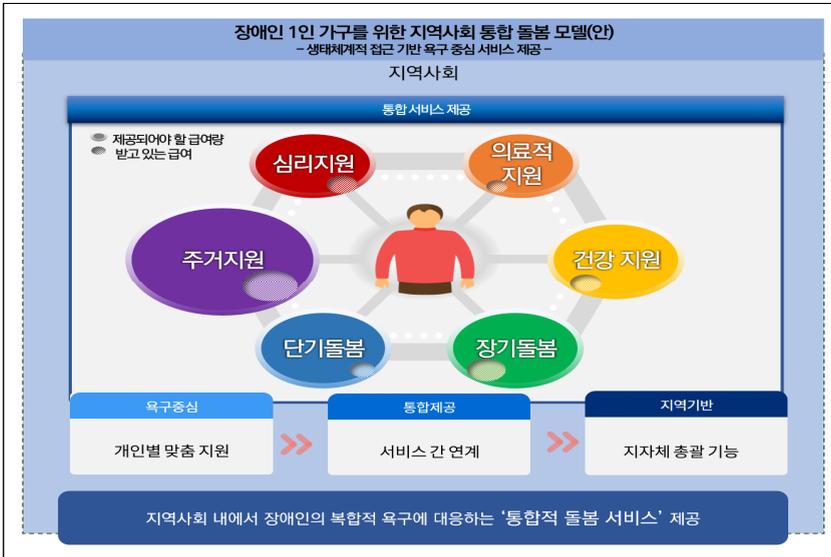
셋째, 지역단위 통계 생산과 이를 활용한 지역 간 돌봄지원의 격차 해소 노력이다. 통합돌봄 정책의 효과성을 평가하고, 지역의 구체적 필요를 파악하기 위해서는 다음과 같은 통계가 필요하다. 이러한 통계는 개별 지자체가 지역의 실정에 맞는 정책을 수립할 수 있는 기초자료가 되며, 동시에 중앙정부가 정책의 효과성을 평가하고 개선 방향을 모색할 수 있는 근거가 된다. 넷째, 중장기적 정책 추진 과정에서 중앙정부와 지방정부의 역할은 재정의되고 각각의 역할 강화를 위한 노력을 지속하여야 한다. 우선 중앙정부는 (1) 통합돌봄의 기본적 기준, 서비스 수준, 이용자 보호 원칙 등을 제시하여 전국적 기본 수준의 보장 실현을 위해 노력해야 한다. (2) 재정의 기초 지원이다. 각 지역이 기본적인 돌봄 서비스를 제공할 수 있도록 필수 재정을 지원하여야 하고, 지역별 돌봄 수준의 파악과 평가를 통해 재정지원의 규모를 차등화하여 돌봄 필요도가 높은 지역, 기반시설이 미흡한 지역에 대해 우선적 재정 지원을 실시한다. (3) 지역단위 통계를 수집·분석하여 정책의 효과성을 평가하는 역할을 하고, 지역 간 차이를 줄일 수 있는 정책 전략을 마련하여야 한다.

반면, 지방정부의 역할은 욕구 기반 정책 개발 등 지역주민의 욕구에 대응하는 돌봄 체계를 고도화 하는 데에 집중해야 한다. (1) 지역주민의

돌봄 욕구를 파악하고, (2) 욕구에 기반한 맞춤형 정책을 개발하며, 파악된 욕구를 바탕으로 지역의 특성에 맞는 정책을 개발한다. (3) 지역 자원의 효율적 배분이다. 제한된 자원 내에서 최대의 효과를 거두기 위해 지역 내 자원을 전략적으로 배분한다. (4) 정책 시행 과정을 투명하게 공개하고, 주민의 의견을 반영하며, 정기적으로 평가하고 개선함으로써 정책 실현의 책무성을 강화하여야 한다.

이러한 역할 재정의는 지방분권의 추진 흐름과 함께 진행되어야 한다. 점진적으로 중앙정부의 역할은 기준 설정과 평가 중심으로, 지방정부의 역할은 정책 개발과 운영 중심으로 이동해야 한다. 이를 통해 지역 맞춤형 돌봄 체계의 실현이 가능해진다. 이를 그림으로 정리하면 다음과 같다.

[그림 5-6] 장애인 1인 가구를 위한 지역사회 통합돌봄 모델(안)



출처: 연구진이 작성.

결론적으로 장애인 1인 가구의 돌봄 문제는 더 이상 특정 집단의 개별적 어려움이 아니라 초고령사회 진입 단계에 있는 한국 사회의 구조적 과제이다. 이는 정책적 대응이 단순한 서비스 확대의 차원을 넘어 정책 체계 전반의 근본적 재편을 요구한다는 의미로 이해되어야 한다.

이 보고서에서 제시한 중장기 정책의 방향은 다음과 같이 통합된다. 첫째, 생애주기별·육구별 연구의 확대를 통해 정책의 이론적 기초를 강화한다. 개별화된 정책 개발은 정확한 현황 파악과 심층 이해에서 비롯된다. 둘째, 대상별 구분에서 육구 기반 통합 체계로의 전환을 단계적으로 추진한다. 노인과 장애인의 구분이 아닌, 돌봄의 필요성이라는 공통 분모에 기반한 정책이 실현된다. 셋째, 생태계적 균형을 기반으로 한 영역 간 협력 체계를 고도화한다. 의료, 돌봄, 주거, 사회참여가 상호보완적으로 작동하는 시스템을 구축한다. 넷째, 지역을 기반으로 한 분권적 정책 운영을 강화한다. 중앙정부의 기본 표준 제시와 지자체의 창의적 정책 개발이 결합된 모형이 실현된다. 이러한 네 가지 방향이 실현될 때, 장애인 1인 가구뿐만 아니라 모든 국민이 인간다운 삶을 보장받을 수 있는 포용적 돌봄 사회로의 이행이 가능할 것이다. 이것이 초고령사회로 진입하는 한국 사회가 추구해야 할 궁극의 정책 목표라 할 수 있다.



국내문헌

- 강은나, 이민홍. (2016). 우리나라 세대별 1인 가구의 현황과 정책과제. **보건복지포럼**. 2016(4), 47-56.
- 강혜규, 김세진, 어유경, 이한나, 전진아, 김동진, 김유휘, 김희성, 안수란, 오욱찬, 서윤경, 남기철, 유애정, 최은희, 박영선, 이연주, 허현숙. (2022). **중장기 지역사회 통합돌봄 추진 전략 수립 지원 연구**. 한국보건사회연구원.
- 국가데이터처. (2024a. 9. 23.). **2022년 기준 장애인구추계를 반영한 세계와 한국의 인구현황 및 전망** [보도자료].
https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301020600&bid=207&act=view&list_no=432825
- 국가데이터처. (2024b. 12. 9.). **2024 통계로 보는 1인 가구** [보도자료].
https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301060500&bid=10820&act=view&list_no=434103
- 국가데이터처. (2024c). **2024 통계로 보는 1인 가구**. 대전: 국가데이터처.
- 국가데이터처. (2025. 8. 27.). **광복 80년, 통계로 본 한국 사회의 변화상** [보도자료].
https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301150000&bid=246&act=view&list_no=438233
- 국가데이터처. (n.d.), **KOSIS 인구조로 보는 대한민국**.
- 국가데이터처. KOSIS 국가통계포털-전국 장애 유형별, 성별 등록장애인 수 데이터 활용(1989, 1997, 2005, 2015, 2024).
- 국가데이터처. KOSIS 국가통계포털-전국 연령별, 장애 유형별, 성별 등록장애인 수 데이터 활용(2007, 2015, 2024).
- 김경민. (2016. 9. 23). 5년간 237명 사망...대구시립희망원에서선 무슨 일이?. **일요신문**. https://www.ilyo.co.kr/?ac=article_view&entry_id=204055

- 김비오. (2019). 청년가구의 주거빈곤에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. **보건사회연구**, 39(3), 408-436.
- 김세진, 김혜수. (2024). 중고령 1인 가구의 특성과 정책과제. **보건복지포럼**, 10, 60-74.
- 김순미, 박선영. (2021). 중장년층 1인 가구 행태 및 주거환경 특성 연구. **대한건축학회논문집**, 37(2), 43-53.
- 김아래미, 이해님, 노혜진. (2025). 청년 사회적 고립의 유형화와 영향요인. **사회복지정책**, 52(1), 187-218.
- 김연명. (2002). '국가복지 강화론' 비판에 대한 재비판과 쟁점. **상황과 복지**, 11, 51-84.
- 김진석. (2021). **지역사회 통합돌봄 전달체계 현황과 과제**. 2021년 제1회 통합돌봄 2025 비전포럼 자료집.
- 김희강. (2016). 돌봄국가: 복지국가의 새로운 지평. **정부학연구**, 22(1), 5-30.
- 김희강. (2018). [기획 특집] 새로운 복지국가로서 돌봄국가. **젠더리뷰**, 48, 4-11.
- 나성은, 최유정. (2024). **서울시 1인 가구 유형별 정책수요 분석 및 정책 과제**. 서울시여성가족재단.
- 노혜진. (2018). 청년 1인 가구의 사회적 관계. **보건사회연구**, 38(2), 71-102.
- 더인디고. (2024. 10. 8.). **개인예산제 시범사업, 절반 이상 "활동지원시간 부족" 중도 포기**. <https://theindigo.co.kr/archives/59041>
- 두지가, 김서현. (2025). 1인 가구 40대 비혼여성의 사회적 고립 경험. **사회과학연구**, 36(2), 31-62.
- 미디어생활. (2024. 9. 23.). **'빨간불' 켜진 노인·장애인 응급안전안심서비스**. <https://www.imedialife.co.kr/news/articleView.html?idxno=52679>
- 반기웅. (2024. 11. 3.). **본사업 불발에 예산 삭감...장애인 탈시설 지원 사업 '무산 위기'**. **경향신문**. <https://www.khan.co.kr/article/202411031602001>
- 박선희, 최영화. (2020). 중장년 남성 고독사 고위험군의 사회적 고립에 대한 탐

- 색적 사례연구: 긴급복지지원 대상자들을 중심으로. **비판사회정책**, 68, 45-78.
- 보건복지부. (2017. 10. 25.). **11월부터 노인·중증 장애인 가구의 기초생활 보장 부양의무자 기준 완화된다!** [보도자료].
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=342560&cg_code=
- 보건복지부. (2018. 4. 27.). **민·관 협력 강화를 통해 독거노인 맞춤형 돌봄 서비스 제공한다!** [보도자료].
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&act=view&list_no=344674
- 보건복지부. (2022. 1. 27.). **4년간 기초생활보장 부양의무자 기준 폐지로 빈곤 사각지대 있던 77만 8,000명 신규 혜택** [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=369952&tag=&nPage=156
- 보건복지부. (2023a. 4. 28.). **2023년 시설장애인 지역사회 자립지원 시범사업 7개 지역 신규 선정** [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&act=view&list_no=376044&tag=&nPage=179
- 보건복지부. (2023b. 9. 19.). **대한민국의 미래, 청년의 지친 삶을 보듬고 희망찬 내일을 함께 준비합니다** [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=378295&tag=&nPage=1
- 보건복지부. (2024). **노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내.**
- 보건복지부. (2025a. 4. 17.). **2024년 등록장애인 263만 1천 명, 전체 인구 대비 5.1%** [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1485363&act=view
- 보건복지부. (2025b). **2025년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료**. 보건복지부. <https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010100&>

bid=0037&act=view&list_no=1484337&tag=&cg_code=&list_dept
h=1

보건복지부. (2025c. 9. 30.). **범부처 위원회 출범을 통해, 통합돌봄 정책의 성공
적 추진을 위한 역량 결집** [현장앨범]. https://www.mohw.go.kr/gallery.es?mid=a10605040000&bid=0003&act=view&list_no=379686

보건복지부. (2025d. 1. 24.). **의료, 돌봄 통합지원, 본 사업 준비에 총력** [보도자
료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1484448&act=view

보건복지부. (2025e. 2. 27.). **자립을 희망하는 장애인이 지역사회에서 우리의
이웃으로 함께 살아갈 수 있는 기반 마련** [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1484823&act=view

보건복지부. (n.d.). **사회서비스 사업. 보건복지부**. <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10709020000>

보건복지부 커뮤니티케어 추진본부. (2020). **지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북**.

서울시가족센터. (n.d.). **전국 최초로 시행하는 서울시 [1인 가구지원 기본조례]:
노인부터 청년까지, 1인 가구를 위한 맞춤형 복지 정책**. 패밀리 서울. 서울
특별시. <https://familyseoul.or.kr/node/624>. 2025. 8. 21. 인출.

서울특별시. (2020. 3. 18.). **서울시, '시설단위 장애인 탈시설 모델' 개발... 전국
최초 시범사업**. 서울시 장애인복지소식. <https://news.seoul.go.kr/welfare/archives/515883>

서울특별시. (2022). **서울시 1인가구 안심 종합계획('22~'26)** (1인가구특별대책
추진단-890, 2022.1.27.)

서울특별시 1인가구 포털 & Visiting Angels. (n.d.). **서울시 병원 안심 동행 서
비스 안내**. seoul1in.co.kr/?page_id=252

서해정, 김재익, 배현, 전근배, 이미영, 김문규. (2022). **거주시설 장애인의 자립
생활 지원체계 강화 방안**. 한국장애인개발원.

- 손은민. (2023. 9. 2.). **진실화해위, 대구시립희망원 인권침해 사건 조사**. 대구 MBC. <https://dgmbc.com/NewsArticle/607778>
- 손현. (2019). **사회통합형 주거복지법제에 관한 연구**. 한국법제연구.
- 송다영. (2022). 돌봄정책의 새판짜기는 어떻게 가능한가?: 돌봄윤리 관점에서
의 돌봄정책에 관한 비판적 고찰. **비판사회정책**, 77, 197-226.
- 송민혜. (2021. 7. 26.). **중장년 1인가구 지원, 주거 및 소득 분야 여전히 부족**.
서울경제. <https://www.sedaily.com/article/13138664>
- 양난주. (2024). **정부의 지역사회 통합돌봄 추진과정 진단과 개혁과제**. 제5회 노
회찬비전포럼 세미나(2024. 8. 29.), 1-39. [http://hcroh.org/notice/
599/](http://hcroh.org/notice/599/)
- 양은모, 배호중. (2024). 비취업 노인 1인 가구의 생활시간 분석: 성별 수면, 식
사, 여가활동 시간 차이를 중심으로. **아시아태평양융합연구교류논문지**,
10(2), 405-419.
- 우해봉. (2023). 인구 고령화의 인구학적 요인 분석. **보건사회연구**, 43(1).
50-68.
- 유애정, 박현경. (2022). 지역사회 통합돌봄 추진현황과 향후 과제. **대한공공의
학회지**, 6, 75-98.
- 윤민석, 변금선, 이영주. (2022). 장애인 1인 가구, 주거지원 확대하고 지원기준
정립, 지원체계 구축 필요. **이슈페이퍼**. 서울연구원.
- 이민경, 김성희, 오옥찬, 오미애, 김진희, 황주희, 조휘래, 이한나 외. (2023).
2023년 장애인실태조사 연구. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 이상우. (2022). 노인의 돌봄 자원 이용 영향요인에 관한 연구. **보건사회연구**,
42(3), 333-350.
- 이인. (2025. 2. 23.). **제주 저소득 장애인 주택 개조에 가구당 380만원**. 노컷뉴
스 제주. <https://jeju.nocutnews.co.kr/news/6297888>
- 이인복. (2022. 1. 11.). **보청기 구매 지원금이 최우선 요인...급여 확대 기반될
까**. 메디컬타임즈. [https://www.medicaltimes.com/Main/News/Ne
wsView.html?ID=1145203](https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1145203)

- 이재호, 유지원. (2024). 최근 1인 가구 확산의 경제적 영향 평가: 소비에 대한 영향을 중심으로. **BOK 이슈노트**, 31.
- 이한나, 조희래, 엄다원, 오욱찬, 황주희, 김성희 외. (2024). **장애인 개인예산제 시범사업 모의적용 연구**. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 임재관. (2018. 6. 22.). **난청인구 급증, 보청기 지원금액 5년새 15배 증가**. 메디컬월드뉴스. <https://medicalworldnews.co.kr/m/view.php?idx=1510926228>
- 장민선. (2023). **가족 변화에 대응한 사회보장 법제 개선방안 연구**. 한국법제연구원.
- 장정문, 정민자. (2024). 지방자치단체의 1인 가구 지원에 관한 조례 분석: 1인 가구 지원 조례와 1인 가구 사회적 고립 및 고독사 예방 조례 비교를 중심으로. **가정과삶의질연구**, 42(1), 69-80.
- 장진희, 김연재. (2016). **서울 1인 가구 여성의 삶 연구: 2030 생활실태 및 정책 지원방안-불안정 주거와 안전을 중심으로**. 서울시여성가족재단.
- 정덕진. (2024). **서산시 장애인 평생교육 실태 및 요구조사 연구**. 충청남도 서산시.
- 정운화. (2023). WHO 가이드 원칙을 통해 살펴본 한국의 커뮤니티 케어 시범사업과 일본, 스웨덴의 정책 비교. **보건사회연구**, 43(1), 174-198.
- 제철용. (2017). 성년후견과 지속적 대리: 의사결정능력 장애인의 보호에서 인권 존중으로. **법조협회**, 66(2), 76-122.
- 조한웅. (2021. 8. 4.). **보청기 가격 정찰제, 보청기 시장 주도한다**. 뉴스핌. <https://www.newspim.com/news/view/20210804000124>
- 최재우. (2024). **노인의료·돌봄 통합지원 정책 방향**. 2024 충청남도 책임의료기관 공동심포지엄 발표자료(2024.5.29.). 충청남도 공공보건의료지원단.
- 최혜린. (2025). 1인 가구 신중년장애인 삶의 만족도 영향요인 연구. **노인복지연구**, 80(1), 83-113.
- 한국장애인개발원. (2025). 통계로 보는 65세 이상 장애인. **KODDI 통계뉴스레터**. 2025-2호. 한국장애인개발원.
- 행정안전부. (2024. 4. 11.). **1인 세대 1천만 시대... '60대 1인 세대' 가장 많아**. [동영상].

- https://www.mois.go.kr/video/bbs/type019/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000255&nttId=108530
- 황정미. (2005). '저출산'과 한국 모성의 젠더정치. **한국여성학**, 21(3), 99-132.
- 황주희. (2015). 장애인구의 고령화: 실태 및 시사점. **이슈앤포커스**, 278호. 한국보건사회연구원.
- 황주희, 김진희, 김희성, 이한나, 김용득, 김은정, 황정윤. (2022). **포스트 코로나 시대 장애인을 위한 지역사회 기반 돌봄서비스의 진단과 과제: 지역주도의 가능성 모색을 중심으로**. 한국보건사회연구원.
- 허찬국. (2017. 4. 6.). **인구 피라미드와 우리의 미래**. 자유칼럼그룹. <https://www.freecolumn.co.kr/news/articleView.html?idxno=3548>
- 홍경준, 송호근. (2003). 한국 사회복지정책의 변화와 지속: 1990년 이후를 중심으로. **한국사회복지학**, 55, 205-230.

국외문헌

- Abell, J. G., & Steptoe, A. (2021). Why is living alone in older age related to increased mortality risk? A longitudinal cohort study. *Age and Ageing*, 50(6), 2019-2024. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab155>
- Banks, J., Breeze, E., Lessof, C., & Nazroo, J. (Eds.). (2010). *Financial circumstances, health and well-being of the older population in England: The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4)*. Institute for Fiscal Studies.
- British Medical Association. (2020). *Calling for action for social care in England*. <https://www.bma.org.uk/media/3216/bma-calling-for-action-for-social-care-in-england-report-sept-2020.pdf>.
- Camden Coalition. (2024a). *Strengthening ecosystems of care*. <https://camdenhealth.org/focus/strengthening-ecosystems-of-care/>

- Camden Coalition. (2024b). *What are ecosystems of care?*
<https://camdenhealth.org/what-are-ecosystems-of-care/>
- Camden Health Coalition. (2025). *What is complex care?*
<https://camdenhealth.org/about-us/what-is-complex-care/>
- Campbell, M. L., & Putnam, M. (2021). Reducing the shared burden of chronic conditions among persons ageing with disability and older adults in the United States through bridging ageing and disability. In M. Putnam & C. Bigby (Eds.), *Handbook on ageing with disability*. 71-82. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429465352-6>
- Cheng, M., & Smylie, J. (2016). The marital status of disabled women in Canada: A population-based analysis. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(3), 295-303. <https://sjdr.se/articles/357/files/submission/proof/357-1-1257-1-10-20171117.pdf>.
- Clarke, H., & McKay, S. (2008). *Exploring disability, family formation and break-up: Reviewing the evidence (Research Report No. 5514)*. Department for Work and Pensions, Institute of Applied Social Studies, University of Essex.
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2010). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. John Wiley & Sons.
- Coote, A. (2020). *Universal basic services: Building our social infrastructure*. *Prime Economics*. <https://www.primeeconomics.org/wp-content/uploads/2020/12/Background-Paper-Nov-20.pdf>.
- Coote, A. (2023). *Universal basic services: Provisioning for our needs within a fair consumption space*. *Hot or Cool Institute*. <https://hotorcool.org/wp-content/uploads/2023/02/Universal->

- Basic-Services-Provisioning-for-our-needs-within-a-fair-consumption-space.pdf.
- Coote, A., Kasliwal, P., & Percy, A. (2019). *Universal basic services: Theory and practice—A literature review*. Institute for Global Prosperity.
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. J. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and Health Journal*, *14*, Article 100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>
- Esteve, A., Pohl, M., Becca, F., Fang, H., Galeano, J., García-Román, J., Reher, D., Trias-Prats, R., & Turu, A. (2024). A global perspective on household size and composition, 1970-2020. *Journal of Population Sciences*, *30*, 1-22. <https://genus.springeropen.com/articles/10.1186/s41118-024-00211-6>
- Finkelstein, A., Cantor, J. C., Gubb, J., Koller, M., Truchil, A., Zhou, R. A., & Doyle, J. (2023). The Camden Coalition care management program improved intermediate care coordination: A randomized controlled trial. *Health Affairs*, *43*(1), 131-139. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01151>
- Finkelstein, A., Zhou, A., Taubman, S., & Doyle, J. (2020). Health care hotspotting—A randomized, controlled trial. *New England Journal of Medicine*, *382*(2), 152-162. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1906848>
- García-González, A., Martín-Salvador, A., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., López-Rodríguez, M. M., & Castro-Sánchez, A. M. (2024). Breaking the silence on food risks for elderly people living alone: A qualitative study in Spain. *Nutrients*,

16(16), Article 2703.

- Godfrey, S., Nixon, J., Drazner, M. H., & Farr, M. (2025). The impact of kinlessness on older adults with advanced heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 31*(4), S708-S714.
- Henning-Smith, C. (2022). Disability and the household context: Findings for the United States. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, 3*, Article 875966.
- Henning-Smith, C., Moscovice, I., & Kozhimannil, K. (2019). Differences in social isolation and its relationship to health by rurality. *The Journal of Rural Health, 35*(4), 540-549.
- Labour Party. (2019). *Universal basic services: The right to a good life. Institute for Global Prosperity*, University College London. https://www.labour.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/12730_19-Universal-Basic-Services_v5.pdf.
- Landr , B., Gil-Salcedo, A., Jacob, L., Schnitzler, A., Duravot, A., Sabia, S., & Singh-Manoux, A. (2022). The role of age, sex, and multimorbidity in 7-year change in prevalence of limitations in adults 60-94. *Scientific Reports, 12*, Article 18270. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-23053-8>
- Lanza, S. T., Tan, X., & Bray, B. C. (2013). Latent class analysis with distal outcomes: A flexible model-based approach. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 20*(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/10705511.2013.742377>
- Lee, M., Kim, D., & Park, S. (2024). Social isolation and loneliness prevention among rural older adults living alone: A systematic review. *Frontiers in Public Health, 12*, Article 1404869
- Lyu, C., Siu, K., Xu, I., Osman, I., & Zhong, J. (2024). Social isolation changes and long-term outcomes among older adults: A national

- cohort study. *JAMA Network Open*, 7(7), Article e2424519. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24519>
- Merchant, Z., Troland, E., & Webber, D. (2025). *The hidden costs of disability. FEDS Notes. Board of Governors of the Federal Reserve System.* <https://www.federalreserve.gov/econres/notes/feds-notes/the-hidden-costs-of-disability-20250110.html>
- National Audit Office. (2018). *Adult social care at a glance, National Audit Office.*
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Committee on Population. (2023). *Seminar on kinlessness and living alone at older ages [Virtual seminar]. National Institute on Aging.* https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2023-09/2023.05.15_cpop_kinlessness_summary.pdf.
- Newman, A. B. (2023). The epidemiology and societal impact of aging-related functional limitations: A looming public health crisis. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 78(Suppl. 1), 4–7. <https://doi.org/10.1093/gerona/glad021>
- NHS England. (2022). *Integrated care systems.* <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/>
- Noonan, K., & Craig, K. (2019). *From siloed systems to ecosystem: The evolution of the Camden Coalition's complex care model.* Camden Coalition of Healthcare Providers. <https://camdenhealth.org/blog/from-siloed-systems-to-ecosystem-the-evolution-of-the-camden-coalitions-complex-care-model/>
- Norström, F., Waenerlund, A. K., Lindholm, L., Nygren, L., Sahlen, K. G., & Brydsten, A. (2021). The persistence of high levels of living alone among adults with disabilities in Sweden, 1993–2011.

Population Research and Policy Review, 40, 163-185.

- Nylund-Gibson, K., & Masyn, K. E. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440-461. <https://doi.org/10.1037/tps0000176>
- Park, H., & Choi, J. (2015). Long-term trends in living alone among Korean adults: Age, gender, and educational differences. *Demographic Research*, 32(43), 1177-1208. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2015.32.43>
- Patterson, S. E., & Margolis, R. (2023). Family ties and older adult well-being: Incorporating social networks and proximity. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 78(12), 2080-2089. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad139>
- Plick, N. P., Ankuda, C. K., Mair, C. A., Husain, M., & Ornstein, C. A. (2021). A national profile of kinlessness at the end of life among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(8), 2143-2151. <https://doi.org/10.1111/jgs.17171>
- Portes, J., Reed, H., & Percy, A. (2017). *Social prosperity for the future: A proposal for universal basic services*. UCL Institute for Global Prosperity. https://www.ucl.ac.uk/bartlett/igp/sites/bartlett/files/universal_basic_services_-_the_institute_for_global_prosperity_.pdf.
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC geriatrics*, 25(1), 244.
- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodes-Guirao, L., & Gerber, M. (2022). *Five key findings from the 2022 UN Population Prospects*. *Our World*

- in Data*. <https://archive.ourworldindata.org/20251125-173858/world-population-update-2022.html>
- Sandström, G., Namatovu, F., Ineland, J., Larsson, D., Ng, N., & Stattin, M. (2021). The persistence of high levels of living alone among adults with disabilities in Sweden, 1993–2011. *Population Research and Policy Review*, 40(3), 515–540. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34720277/>
- Savage, A., & McConnell, D. (2016). The marital status of disabled women in Canada: A population-based analysis. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(4), 295–303. <https://sjdr.se/articles/10.1080/15017419.2015.1081616>
- Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. Routledge.
- Sinha, P., Calfee, C. S., & Delucchi, K. L. (2021). Practitioner's guide to latent class analysis: Methodological considerations and common pitfalls. *Critical Care Medicine*, 49(1), e63–e79. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004710>
- The King's Fund. (2019). *Cancer or dementia: The social care system is unfair to people with either condition*. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/blogs/cancer-dementia-social-care-system-unfair>
- The King's Fund. (2025). *Social care 360: Access*. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-360/access>
- Trivedi, K., Meschede, T., & Gardiner, F. (2020). *Unaffordable, inadequate, and dangerous: Housing disparities for people with disabilities in the U.S.* Community Living Policy Center & Lurie Institute for Disability Policy. <https://heller.brandeis.edu/community-living-policy/images/pdfpublications/2020aprilhousingbrief.pdf>

- Tumin, D. (2016). Marriage trends among Americans with childhood-onset disabilities, 1997-2013. *Disability and Health Journal*, 9(4), 713-718. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.04>
- United Nations. (2022). *Single person household*. <https://www.unescwa.org/sd-glossary/single-person-household>
- U.S. Census Bureau. (2023). *Share of one-person households more than tripled from 1940 to 2020*. <https://www.census.gov/library/stories/2023/06/more-than-a-quarter-all-households-have-one-person.html>
- Verdery, A. M., Margolis, R., Zhou, Z., Chai, X., & Rittirong, J. (2019). Kinlessness around the world. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(8), 1394-1405. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby138>
- Vikström, L., Junkka, J., & Karhina, K. (2021). Two centuries of disability disadvantages in Swedish partnerships. *CEDAR Working Papers*. 2021(12). Centre for Demographic and Ageing Research, Umeå University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1581712/FULLTEXT01.pdf>.
- von Reichert, C. (2022). *Disability and the household context: Findings for the United States from the Public Use Microdata Sample of the American Community Survey*.
- Wilkniss, S., Pandit, M., Arabo, M., Malone, S., & Tewarson, H. (2017). *Building complex care programs: A road map for states*. 31. National Governors Association Center for Best Practices. https://www.nga.org/wp-content/uploads/2019/08/ComplexCare_RoadMap_12.17_Health.pdf.
- Wong, J. (2004). *Healthy democracies: Welfare politics in Taiwan and South Korea*. Cornell University Press.

- World Health Organization. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548052>
- Wu, H., Margolis, R., Verdery, A., & Patterson, S. E. (2024). Changes in family structure and increasing care gaps in the United States, 2015–2050. *Demography*, *61*(5), 1403–1426. <https://doi.org/10.1215/00703370-11551558>
- Wurpts, I. C., & Geiser, C. (2014). Is adding more indicators to a latent class analysis beneficial or detrimental? Results of a Monte Carlo study. *Frontiers in Psychology*, *5*, Article 920. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00920>

법령

- 「건강가정기본법」. 법률 제21065호 (2025).
- 「공공주택 특별법」. 법률 제21065호 (2025).
- 「공공주택 특별법 시행규칙」. 국토교통부령 제1552호 (2025).
- 「국민기초생활 보장법」. 법률 제21065호 (2025).
- 「의료법」. 법률 제21111호 (2025).
- 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」. 법률 제20415호 (2024).
- 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」. 법률 제20889호 (2025).
- 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」. 법률 제19389호 (2023).
- 「장애인복지법」. 법률 제20929호 (2025).
- 「장애인의 지역사회 자립 및 주거 전환 지원에 관한 법률」. 법률 제20818호 (2025).
- 「주거급여법」. 법률 제19390호 (2023).
- 「주거급여법 시행령」. 대통령령 제30893호 (2020).
- 「주거기본법」. 법률 제20556호 (2024).
- 「주택공급에 관한 규칙」. 국토교통부령 제1531호 (2025).
- 「주택법」. 법률 제20048호 (2024).



[부록 1] 장애인 1인 가구 생애주기별 특성⁸⁾

1. 장애인 1인 가구의 생애주기별 특성: 보건의료 및 건강 특성

건강보험 가입 여부 및 형태를 장애인 1인 가구의 생애주기별로 살펴보면 청년층과 노년층의 경우에는 직장건강보험 가입이 가장 많은 비율을 차지하였다. 하지만, 중장년층의 경우에는 의료급여 1종 가입 비율이 다른 연령대에 비해 높은 것으로 나타났다. 민간의료보험 가입 여부를 살펴보면 청년층과 중장년층은 각각 46.9%, 41.0%가 민간의료보험에 가입한 것으로 나타났으나 노년층의 경우에는 17.8%만 민간의료보험에 가입한 것으로 나타났다.

건강관리 목적으로 정기적으로 진료를 받고 있는지에 대해서는 청년층 71.4%, 중장년층 88.5%, 노년층 96.2%로 연령대가 높을수록 정기진료를 받는 비율이 높게 나타났다. 주관적 건강상태를 살펴보면 청년층 15.3%, 중장년층 47.8%, 노년층 60.6%가 건강 상태가 나쁘다고 응답(나쁨+매우 나쁨)하여 연령대가 높을수록 건강이 나쁘다고 인식하는 비율이 높음을 알 수 있다. 최근 2년간 건강검진을 받았는지를 확인한 결과 청년층의 61.2%, 중장년층의 66.3%, 노년층의 64.9%가 그러하다고 응답하였다. 생애주기별로 건강검진 여부의 차이는 유의미하지 않음으로 나타났다. 최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는지, 즉 미충족 의료 경험이 있는지 확인한 결과 청년층 13.3%, 중장년층

8) 2023년 장애인 실태조사 데이터를 활용하여 분석하였음.

18.7%, 노년층 22.1%로 연령대가 높을수록 필요할 때 의료서비스를 받지 못한 비율이 높은 것으로 나타났다. 만성질환의 경우 청년층 50.0%, 중장년층 83.1%, 노년층 96.1%가 만성질환을 가지고 있다고 응답하여 장애인 1인 가구의 만성질환 관련 지원이 필요하며 특히 중년 이후 그 필요성이 더욱 커지는 것으로 나타났다.

일상생활 스트레스 정도를 살펴보면 일상생활 중 스트레스를 거의 느끼지 않는다는 응답이 청년층 19.4%, 중장년층 19.1%, 노년층 25.9%로 비교적 노년층의 일상생활 스트레스 정도는 다른 연령대에 비해 낮게 나타났다. 최근 1년 동안 연속 2주 이상 일상생활에 지장을 줄 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는지를 조사한 결과를 비교하면 청년층 11.2%, 중장년층 21.2%, 노년층 15.1%가 그렇다고 응답하여 중장년층의 1년 우울 유병률이 다른 연령대에 비해 유의한 수준으로 높은 것으로 나타났다. 우울과 마찬가지로 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있는지에 대해서도 청년층 8.2%, 중장년층 15.3%, 노년층 11.8%로 중장년층이 다른 연령대에 비해 유의하게 자살생각 비율이 높은 것으로 나타났다.

최근 정신적 문제로 전문가 상담을 받은 적이 있는지 여부는 청년층 6.1%, 중장년층 8.7%, 노년층 5.2%로 중장년층의 전문가 상담 비율이 다른 연령대에 비해 높았으나 실제 중장년층의 1년 우울 유병률이나 자살생각에 비해서는 상담 비율이 낮은 편임을 알 수 있다. 거주지역 내 건강 관련 서비스 경험 유무는 청년층 96.9%, 중장년층 98.5%, 노년층 99.1%가 받았다고 응답하였고 대부분이 거주지역 내 해당 서비스를 받았음을 알 수 있다.

(부표 1-1) 보건의료건강 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
건강보험 가입 여부 및 형태	직장건강보험	56(57.1)	168(22.5)	514(42.9)	150.34***
	지역건강보험	14(14.3)	163(21.8)	306(25.6)	
	의료급여 1종	26(26.5)	387(51.8)	362(30.2)	
	의료급여 2종	2(2.0)	29(3.9)	13(1.1)	
	기타	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	
	미가입	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	
민간 의료보험 가입 여부	가입	46(46.9)	306(41.0)	213(17.8)	142.48***
	미가입	52(53.1)	441(59.0)	984(82.2)	
정기 진료 여부	예	70(71.4)	661(88.5)	1151(96.2)	98.76***
	아니오	28(28.6)	86(11.5)	46(3.8)	
주관적 건강상태	매우 좋음	4(4.1)	7(0.9)	5(0.4)	123.51***
	좋음	38(38.8)	118(15.8)	128(10.7)	
	보통	41(41.8)	265(35.5)	339(28.3)	
	나쁨	13(13.3)	288(38.6)	588(49.1)	
	매우 나쁨	2(2.0)	69(9.2)	137(11.5)	
최근 2년간 건강검진 여부	예	60(61.2)	495(66.3)	777(64.9)	1.10
	아니오	38(38.8)	252(33.7)	420(35.1)	
미충족 의료 여부	예	13(13.3)	140(18.7)	265(22.1)	6.54*
	아니오	85(86.7)	607(81.3)	932(77.9)	
만성질환 유무	있음	49(50.0)	621(83.1)	1150(96.1)	242.15***
	없음	49(50.0)	126(16.9)	47(3.9)	
일상생활 중 스트레스	대단히 많이 느낀다	4(4.1)	54(7.2)	60(5.0)	26.87***
	많이 느끼는 편이다	20(20.4)	230(30.8)	288(24.1)	
	조금 느끼는 편이다	55(56.1)	320(42.8)	539(45.0)	
	거의 느끼지 않는다	19(19.4)	143(19.1)	310(25.9)	
우울	예	11(11.2)	158(21.2)	181(15.1)	14.31**
	아니오	87(88.8)	589(78.9)	1016(84.9)	
자살생각	예	8(8.2)	114(15.3)	141(11.8)	7.01*
	아니오	90(91.8)	633(84.7)	1056(88.2)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
최근 정신적 문제로 전문가 상담 여부	예	6(6.1)	65(8.7)	62(5.2)	9.40**
	아니오	92(93.9)	682(91.3)	1135(94.8)	
거주지역 내 건강 관련 서비스 경험 유무	예	95(96.9)	736(98.5)	1186(99.1)	4.04
	아니오	3(3.1)	11(1.5)	11(0.9)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

최근 이용한 의료기관 만족도를 살펴보면 의료진의 장애에 대한 이해 정도나 장애인을 위한 의료시설 및 장비 만족도는 생애주기별로 유의한 차이가 나타나지 않았으나 장애인 편의시설 만족도는 장애인 1인 가구의 연령대가 높을수록 만족하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 구체적으로 보면, 의료진의 장애에 대한 이해에 대한 만족도(매우 만족한다+만족한다)는 청년층 66.3%, 중장년층 69.1%, 노년층 67.5%로 나타났다. 의료시설 및 장비 만족도에 있어서도 청년층 61.2%, 중장년층 66.4%, 노년층 64.8%이 만족한다고 응답하였다. 장애인 편의시설 만족도에 있어서는 청년층 57.2%, 중장년층 65.3%, 노년층 65.6%로 나타났다.

〈부표 1-2〉 가장 최근 이용한 의료기관 만족도: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
의료기관의 의료진(의사, 간호사)의 장애에 대한 이해	매우 만족한다	11(11.2)	90(12.1)	98(8.2)	9.66
	만족한다	54(55.1)	426(57.0)	710(59.3)	
	보통이다	23(23.5)	179(24.0)	299(25.0)	
	만족하지 않는다	9(9.2)	49(6.6)	84(7.0)	
	전혀 만족하지 않는다	1(1.0)	3(0.4)	6(0.5)	
장애인을 위한 의료시설 및 장비만족도	매우 만족한다	5(5.1)	53(7.1)	66(5.5)	9.79
	만족한다	55(56.1)	443(59.3)	710(59.3)	
	보통이다	34(34.7)	217(29.1)	374(31.2)	
	만족하지 않는다	2(2.0)	25(3.4)	42(3.5)	
	전혀 만족하지 않는다	2(2.0)	9(1.2)	5(0.4)	
장애인 편의시설 만족도	매우 만족한다	8(8.2)	50(6.7)	52(4.3)	19.03*
	만족한다	48(49.0)	438(58.6)	734(61.3)	
	보통이다	39(39.8)	218(29.2)	367(30.7)	
	만족하지 않는다	2(2.0)	32(4.3)	40(3.3)	
	전혀 만족하지 않는다	1(1.0)	9(1.2)	4(0.3)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

2. 일상생활지원 특성

기본적 일상생활동작(ADL)과 수단적 일상생활동작(IADL)을 1인 가구 생애주기별로 살펴보면, 기본적 일상생활동작과 수단적 일상생활동작 모두에서 청년층과 중장년층의 평균 점수는 비슷한 수준이었으나 노년층의 경우 유의하게 높은 것으로 나타나 노년층 장애인 1인 가구가 다른 연령대 1인 가구에 비해 타인의 지원이 더 필요함을 알 수 있다.

〈부표 1-3〉 기본적 일상생활동작(ADL)과 수단적 일상생활동작(IADL): 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 점, Mean(SD))

구분	청년층	중장년층	노년층	chi ² /T_value
ADL	1.15(0.41)	1.14(0.38)	1.19(0.36)	4.12*
IADL	1.37(0.72)	1.35(0.62)	1.52(0.69)	14.14***

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

일상생활 지원 필요 정도를 생애주기별로 살펴보면 모든 일상생활을 혼자 할 수 있다는 응답은 청년층 58.2%, 중장년층 54.5%, 노년층 36.6%로 청년층과 중장년층 과반 이상이 일상생활 지원이 필요 없는 것으로 확인하였다. 일상생활에서 지원이 필요하다고 응답한 이들 중 일상생활을 지원해주는 사람이 있는지를 물어본 결과 청년층의 29.3%, 중장년층 36.2%, 노년층 26.9%가 지원이 필요하지만 지원해주는 사람이 없는 것으로 확인하였다. 다른 연령대 장애인 1인 가구에 비해 특히 중장년층의 일상생활 지원자가 부족한 것으로 나타났다.

국가나 지자체 사업을 통한 일상생활 인력 지원이나 주간보호시설 이용 여부의 경우 청년층 44.8%, 중장년층 46.1%, 노년층 58.4%로 연령대가 높을수록 국가 또는 지자체 사업을 통한 지원을 받는 정도가 높은 것으로 나타났다. 현재 국가나 지자체 사업을 통한 돌봄서비스(인력 및 주간보호시설)의 월 평균 이용시간을 생애주기별로 비교해보면 청년층 160시간, 중장년층 147.01시간, 노년층 81.06시간으로 청년층과 중장년층의 월 평균 이용시간은 통계적으로 유의하지 않았으나 노년층의 월 평균 이용시간은 다른 연령대에 비해 유의하게 적은 것으로 나타났다. 또한 현재 일상생활을 하는데 다른 사람의 지원이 필요한 시간을 한 달 기준으로 물어본 결과, 청년층 289.78시간, 중장년층 218.01시간, 노년층 157.99

시간으로 월 평균 이용시간과 마찬가지로 노년층의 지원 필요 시간이 다른 연령대에 비해 유의하게 적은 것으로 나타났다. 지원이 필요한 경우 지원해주는 사람이 있는 장애인을 대상으로 다른 사람의 지원이 충분한지 물어본 결과 부족하다(부족하다+매우 부족하다)라고 응답한 비율이 청년층 55.2%, 중장년층 53.5%, 노년층 52.6%로 생애주기별로 유의한 차이는 없었으나 모든 유형에서 과반 이상이 타인의 지원이 충분치 않다고 응답하였다, 응급안전안심서비스 이용 의사를 확인한 결과 청년층 45.9%, 중장년층 61.5%, 노년층 75.9%가 이용할 의사가 있다고 응답하여 연령대가 높을수록 응급안전안심서비스 이용 의사가 있는 것으로 나타났다.

〈부표 1-4〉 일상생활지원: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %, 시간, Mean(SD))

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
일상생활 지원 필요 정도	모든 일상생활을 혼자 할 수 있다	57(58.2)	407(54.5)	438(36.6)	76.17***
	대부분의 일상생활을 다른 사람의 지원없이 혼자 할 수 있다	19(19.4)	142(19.0)	303(25.3)	
	일부 다른 사람의 지원이 필요하다	11(11.2)	134(17.9)	336(28.1)	
	대부분 다른 사람의 지원이 필요하다	8(8.2)	49(6.6)	100(8.4)	
	거의 모든 일에 다른 사람의 지원이 필요하다	3(3.1)	15(2.0)	20(1.7)	
지원해주는 사람 여부	있다	29(70.7)	217(63.8)	555(73.1)	9.72**
	없다	12(29.3)	123(36.2)	204(26.9)	
국가나 지자체 사업을 통한 일상생활 인력 지원이나 주간보호시설 이용 여부	있다	13(44.8)	100(46.1)	324(58.4)	10.66**
	없다	16(55.2)	117(53.9)	231(41.6)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
돌봄서비스(인력 및 주간보호시설)의 월 평균 이용 시간		160 (97.31)	147.01 (150.73)	81.06 (91.78)	16.35***
현재 일상생활을 하는데 다른 사람의 지원이 필요한 시간(한 달 기준)		289.78 (133.77)	218.01 (152.33)	157.99 (119.58)	13.69***
다른 사람 지원의 충분 정도	매우 충분하다	0(0.0)	2(0.9)	5(0.9)	0.71
	충분하다	13(44.8)	99(45.6)	258(46.5)	
	부족하다	14(48.3)	100(46.1)	258(46.5)	
	매우 부족하다	2(6.9)	16(7.4)	34(6.1)	
응급안전안심서비스 이용 의사	있다	45(45.9)	459(61.5)	909(75.9)	71.50***
	없다	53(54.1)	288(38.6)	288(24.1)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

3. 인터넷 활용 특성

생애주기별로 휴대폰, 컴퓨터, 스마트 주변기기, 인터넷 사용 여부 등을 확인한 결과, 노년층의 인터넷 활용 특성이 다른 연령대 장애인 1인 가구에 비해 크게 낮았다. 첫째, 휴대폰 사용 여부를 살펴보면 노년층의 49.3%가 스마트폰을 사용하고 있다고 응답하였고 일반 휴대폰을 사용한다는 응답은 43.6%로 나타났으나 청년층과 중장년층의 경우 각각 95.9%, 중장년층 87.8%가 스마트폰을 사용한다고 응답하였다. 노년층 장애인 1인 가구의 절반 가까이가 스마트폰을 이용하는 것으로 확인되었으나 청년층, 중장년층에 비해 스마트폰 사용률이 비교적 낮은 수준으로 나타났다. 둘째, 컴퓨터 사용 여부를 살펴보면 청년층의 77.6%가 컴퓨터를 사용한다고 응답하였으나 중장년층은 38.0%, 노년층은 오직 7.5%만이 컴퓨터를 사용한다고 응답하여 연령대별로 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 셋째, 스마트 주변기기 사용 여부에 있어서도 다른 전자기기 이용에 비해서는 전반적으로 이용률이 낮은 편이었으나 역시 연령대가 높을수록

사용률이 낮은 것으로 나타났다, 인터넷 사용 여부에 있어서는 청년층 92.9%, 중장년층 69.6%, 노년층 21.2%가 인터넷을 사용한다고 응답하여 역시 연령대에 따라 인터넷 사용률의 차이가 큰 것으로 나타났다.

〈부표 1-5〉 인터넷 활용 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
휴대폰 사용 여부	휴대폰 사용	2(2.0)	65(8.7)	522(43.6)	351.56***
	스마트폰 사용	94(95.9)	656(87.8)	590(49.3)	
	아니오	2(2.0)	26(3.5)	85(7.1)	
컴퓨터 사용 여부	예	76(77.6)	284(38.0)	90(7.5)	433.69***
	아니오	22(22.5)	463(62.0)	1107(92.5)	
스마트 주변기기 사용 여부	예	33(33.7)	92(12.3)	27(2.3)	170.37***
	아니오	65(66.3)	655(87.7)	1170(97.7)	
인터넷 사용 여부	예	91(92.9)	520(69.6)	254(21.2)	548.65***
	아니오	7(7.1)	227(30.4)	943(78.8)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

4. 취업 및 직업생활 특성

현재 경제활동 여부를 생애주기별로 살펴본 결과, 청년층의 67.4%, 중장년층 35.5%, 노년층 19.7%가 현재 경제활동을 하고 있다고 응답하여 연령대가 높을수록 경제활동의 비율이 낮아짐을 알 수 있다.

현재 경제활동을 하고 있다고 응답한 대상으로 지난주 일한 곳을 조사한 결과, 청년층과 중장년층에서는 일반사업체에서 일했다는 응답이 각각 54.6%, 64.5%로 가장 많았으나 노년층의 경우 기타가 39.0%로 가장 높았으며 그다음으로 일반사업체가 31.8%로 나타났다. 특히 청년층에서는 정부 및 정부 관련 기관에서 일했다는 응답이 25.8%로 다른 연령층에

비해 높았으며 자영업 비율은 3.0%로 다른 연령대(중장년층 18.1%, 노년층 21.2%)에 비해 낮은 것으로 나타났다. 주 평균 근무 일수를 비교해 보면 청년층 4.98일, 중장년층 4.81일, 노년층 4.07일로 청년층과 중장년층 간의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나 노년층은 다른 연령대에 비해 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 일평균 근무시간 또한 청년층 7.56시간, 중장년층 7.53시간으로 청년층과 중장년층의 일평균 근무시간 차이는 거의 없었으나 노년층의 경우 5.48시간으로 다른 연령대에 비해 일평균 근무시간이 적은 것으로 나타났다.

장애를 갖게 된 이후 직업훈련 경험이 있는지 살펴본 결과, 청년층의 16.3%, 중장년층 7.2%, 노년층 1.4%가 직업훈련 경험이 있거나 현재 훈련 중인 것으로 나타났다. 직업훈련을 받지 않은 이들에게 그 이유를 물어본 결과, 청년층은 '훈련받은 필요가 없어서'가 42.7%로 가장 높았으며 중장년층은 '심한 장애로 훈련받기 어려워서'가 33.6%, 노년층은 '노령이어서'가 30.6%로 응답이 가장 높았다. 마지막으로 앞으로 직업훈련을 받기 희망하는지에 대해서는 청년층 65.3%, 중장년층 73.8%, 노년층 93.8%가 직업훈련을 희망하지 않는다고 응답하여 연령대에 비해 직업훈련 경험이나 받지 않는 이유, 직업훈련 희망 의사에 있어 유의미한 차이가 있었다. 직업훈련을 희망하는 분야 중에서는 다른 직종에 비해 광업분야의 비중이 높음을 알 수 있다(청년층: 12.2%, 중장년층: 4.8%).

〈부표 1-6〉 취업 및 직업생활 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %, 일, 시간, Mean(SD))

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
경제활동 여부	하고 있지 않다	32(32.7)	482(64.5)	961(80.3)	137.36***
	하고 있다	66(67.4)	265(35.5)	236(19.7)	
지난 주 일한 곳	자영업	2(3.0)	48(18.1)	50(21.2)	173.30***
	일반사업체	36(54.6)	171(64.5)	75(31.8)	
	정부 및 정부관련기관	17(25.8)	19(7.2)	11(4.7)	
	장애인 보호작업장	1(1.5)	3(1.1)	1(0.4)	
	장애인 근로사업장	4(6.1)	3(1.1)	2(0.9)	
	장애인 표준사업장	1(1.5)	0(0.0)	1(0.4)	
	장애인 관련 기관	3(4.6)	10(3.8)	4(1.7)	
	기타	2(3.0)	11(4.2)	92(39.0)	
주 평균 근무일수		4.98(0.71)	4.81(1.14)	4.07(1.38)	28.89**
일 평균 근무시간		7.56(1.85)	7.53(2.67)	5.48(3.37)	34.50***
직업훈련경 험	예	14(14.3)	50(6.7)	13(1.1)	77.16***
	훈련 중	2(2.0)	4(0.5)	4(0.3)	
	아니오	82(83.7)	693(92.8)	1180(98.6)	
직업훈련 받지 않은 주된 이유	직업훈련이 있는지 몰 라서	9(11.0)	110(15.9)	192(16.3)	397.00***
	등록절차를 몰라서	1(1.2)	12(1.7)	7(0.6)	
	심한 장애로 훈련받기 어려워서	19(23.2)	233(33.6)	183(15.5)	
	직업훈련 비용이 부담 되어서	1(1.2)	11(1.6)	8(0.7)	
	직업훈련 내용이 맘에 안 들어서	6(7.3)	41(5.9)	17(1.4)	
	직업훈련이 취업에 도움 이 안 되어서	9(11.0)	65(9.4)	47(4.0)	
	훈련받을 필요가 없어서	35(42.7)	191(27.6)	347(29.4)	
	집 근처에 훈련기관 없 어서	1(1.2)	23(3.3)	14(1.2)	
	훈련과정의 장애 편의 지일 미비로	0(0.0)	6(0.9)	4(0.3)	
	노령이어서	0(0.0)	0(0.0)	361(30.6)	
	기타	1(1.2)	1(0.1)	0(0.0)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
직업훈련 희망 분야	기계분야	3(3.1)	13(1.7)	1(0.1)	248.59***
	금속분야	1(1.0)	1(0.1)	2(0.2)	
	화학/요업분야	0(0.0)	1(0.1)	0(0.0)	
	전기/전자분야	1(1.0)	9(1.2)	3(0.3)	
	통신분야	0(0.0)	1(0.1)	0(0.0)	
	조선/항공분야	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	
	토목/건축분야	2(2.0)	18(2.4)	3(0.3)	
	섬유분야	1(1.0)	1(0.1)	0(0.0)	
	광업분야	12(12.2)	36(4.8)	12(1.0)	
	컴퓨터/정보처리분야	1(1.0)	9(1.2)	2(0.2)	
	공예분야	0(0.0)	3(0.4)	2(0.2)	
	산업응용분야	0(0.0)	3(0.4)	2(0.2)	
	침술/안마분야	0(0.0)	5(0.7)	2(0.2)	
	사무분야	2(2.0)	14(1.9)	0(0.0)	
	이/미용분야	1(1.0)	11(1.5)	4(0.3)	
	제과/제빵분야	7(7.1)	23(3.1)	6(0.5)	
	이외 서비스분야	2(2.0)	28(3.8)	14(1.2)	
	이외 문화예술분야	0(0.0)	8(1.1)	15(1.3)	
	농축산업/임업	1(1.0)	10(1.3)	6(0.5)	
	기타	0(0.0)	5(0.7)	1(0.1)	
희망 안 함	64(65.3)	551(73.8)	1123(93.8)		

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

5. 사회 및 문화·여가 활동 특성

혼자 외출이 가능한지 여부와 지난 1개월 동안 외출빈도를 살펴보면 혼자 외출이 불가능하다는 응답은 청년층 10.2%, 중장년층 10.6%, 노년층 17.6%로 나타났다. 청년층과 중장년층 간의 차이는 없었으나 혼자 외출이 불가능한 노년층이 다른 연령대에 비해 많은 것으로 나타났다. 외출 빈도가 낮은 비율(월 1~3회+전혀 외출하지 않음)이 청년층은 5.1%, 중

장년층 8.4%, 노년층 17.4%로 연령대가 높을수록 외출빈도가 적은 비율이 높음을 알 수 있다. 청년층의 경우에는 전혀 외출하지 않는다는 비율이 0%로 나타났다.

외출의 주목적에 대해서는 청년층의 경우에는 통근/통학이 64.3%로 가장 높았으며 중장년층과 노년층은 산책/운동이 각각 36.7%, 40.1%로 가장 높은 것으로 나타났다. 집밖 활동 시 불편함을 느끼는지를 비교해본 결과, 불편하다(매우 불편하다+약간 불편하다)라는 응답이 청년층 26.5%, 중장년층 40.8%, 노년층 52.9%로 연령대가 높을수록 집 밖 활동 시 불편함을 느끼는 것으로 나타났다. 집밖 활동 시 불편한 이유에 대해서는 청년층의 경우 '주위 사람들의 시선 때문'에가 30.8%로 가장 높았으며 중장년층과 노년층의 경우에는 '장애인 관련 편의시설(이동수단 포함) 부족'이 각각 50.0%, 55.2%로 가장 높은 것으로 나타났다. 청년층과 중장년층의 경우 '주위 사람들의 시선 때문에 집밖 활동 시 불편하다'는 응답이 각각 30.8%, 21.1%로 나타났으나 노년층의 경우 5.7%에 불과하였다.

주로 이용하는 교통·이동수단을 살펴보면 청년층과 노년층의 경우 일반버스 이용이 각각 31.6%, 23.5%로 가장 높았으며 중장년층의 경우에는 자가용 이용이 29.6%로 가장 높았다. 일반 대중교통을 주로 이용한다는 비율(일반버스+일반택시+지하철/전철)은 청년층 48.9%, 중장년층 39.3%, 노년층 43.9%로 중장년층에 비해 청년층과 노년층의 일반 대중교통 이용이 비교적 높았다. 교통수단 이용 시 어려운 정도를 살펴본 결과, 교통수단 이용 시 어려움을 느낀다는 비율(약간 어렵다+매우 어렵다)이 청년층 15.3%, 중장년층 32.2%, 노년층 48.5%로 연령대가 높을수록 교통수단 이용 시 어려움을 느끼는 것으로 나타났다. 교통수단 이용 시 어려움을 느끼는 주된 이유에 대해서는 중장년층(45.1%)과 노년층

(56.3%)은 ‘버스/택시의 물리적 접근과 탑승 시 어려움’을 1순위로 꼽았으나 청년층의 경우에는 ‘버스/택시 이용을 위한 정보 접근의 어려움(33.3%)’이 1순위로 나타났다. 청년층의 경우 인터넷 활용률은 높은 편이나 교통수단 이용 시 정보접근에 있어 가장 어려움을 많이 겪는다. 문화 및 여가활동에 대한 만족도를 생애주기별로 살펴본 결과, 불만족한다는 비율(약간 불만이다+매우 불만이다)이 청년층 35.7%, 중장년층 55.6%, 노년층 50.5%로 청년층에 비해 중장년층, 노년층이 문화 및 여가활동에 대한 만족도가 낮았음을 알 수 있다.

<부표 1-7> 사회 및 문화·여가활동 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
혼자 외출 여부	예	88(89.8)	668(89.4)	986(82.4)	19.90***
	아니오	10(10.2)	79(10.6)	211(17.6)	
지난 1개월 동안 외출 빈도	거의 매일	82(83.7)	461(61.7)	606(50.6)	70.45***
	주 1~3회	11(11.2)	223(29.9)	383(32.0)	
	월 1~3회	5(5.1)	47(6.3)	166(13.9)	
	전혀 외출하지 않음	0(0.0)	16(2.1)	42(3.5)	
외출의 주된 목적	통근/통학	63(64.3)	234(32.0)	172(14.9)	185.73***
	병원 진료	5(5.1)	102(14.0)	222(19.2)	
	쇼핑(물건사기)	5(5.1)	41(5.6)	72(6.2)	
	산책/운동	17(17.4)	268(36.7)	463(40.1)	
	친척, 친구, 이웃 방문	4(4.1)	58(7.9)	130(11.3)	
	여행	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)	
	지역사회시설 이용	3(3.1)	25(3.4)	91(7.9)	
	외식	0(0.0)	2(0.3)	1(0.1)	
기타	1(1.0)	1(0.1)	3(0.3)		
집밖 활동 시 불편 정도	매우 불편하다	6(6.1)	94(12.9)	178(15.4)	103.90***
	약간 불편하다	20(20.4)	204(27.9)	433(37.5)	
	거의 불편하지 않다	31(31.6)	295(40.4)	432(37.4)	
	전혀 불편하지 않다	41(41.8)	138(18.9)	112(9.7)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
집박 활동 시 불편 이유	장애인관련 편의시설 (이동수단 포함) 부족	7(26.9)	149(50.0)	337(55.2)	65.81***
	외출 시 동반자가 없어	5(19.2)	55(18.5)	163(26.7)	
	주위 사람들의 시선때문에	8(30.8)	63(21.1)	35(5.7)	
	의사소통의 어려움이 있어서	6(23.1)	29(9.7)	74(12.1)	
	기타	0(0.0)	2(0.7)	2(0.3)	
교통·이동수단	일반버스	31(31.6)	177(24.2)	271(23.5)	92.32***
	일반택시	1(1.0)	43(5.9)	111(9.6)	
	지하철/전철	16(16.3)	67(9.2)	125(10.8)	
	특별교통수단(장애인콜)	4(4.1)	36(4.9)	55(4.8)	
	복지관버스	1(1.0)	2(0.3)	12(1.0)	
	자가용	27(27.6)	216(29.6)	268(23.2)	
	셔틀형 복지버스	0(0.0)	5(0.7)	12(1.0)	
	통학/통근버스	4(4.1)	2(0.3)	3(0.3)	
	자전거/오토바이	1(1.0)	38(5.2)	23(2.0)	
	전동휠체어, 전동스쿠터	2(2.0)	26(3.6)	43(3.7)	
	바우처택시 (교통약자 지원)	0(0.0)	7(1.0)	6(0.5)	
	도보	11(11.2)	110(15.1)	213(18.4)	
기타	0(0.0)	2(0.3)	13(1.1)		
교통수단 이용 시 어려운 정도	매우 어렵다	5(5.1)	76(10.4)	173(15.0)	131.50***
	약간 어렵다	10(10.2)	159(21.8)	387(33.5)	
	거의 어렵지 않다	38(38.8)	321(43.9)	461(39.9)	
	전혀 어렵지 않다	45(45.9)	175(23.9)	134(11.6)	
교통수단 이용 시 어려운 이유	버스/택시의 물리적 접근과 탑승시 어려움	1(6.7)	106(45.1)	315(56.3)	39.19***
	버스/택시의 이용을 위한 정보 접근 어려움	5(33.3)	34(14.5)	88(15.7)	
	지하철에 엘리베이터 등 편의시설 부족	2(13.3)	19(8.1)	35(6.3)	
	장애인 콜택시 등 전용교통수단 부족	4(26.7)	55(23.4)	102(18.2)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
	자동차 개조 및 운전면허증 확보 어려움	0(0.0)	2(0.9)	5(0.9)	
	승차 거부 및 심리적 불편함	3(20.0)	17(7.2)	15(2.7)	
	기타	0(0.0)	2(0.9)	0(0.0)	
문화 및 여가 활동 만족도	매우 만족한다	7(7.1)	16(2.1)	40(3.3)	19.97**
	약간 만족한다	56(57.1)	316(42.3)	553(46.2)	
	약간 불만이다	28(28.6)	327(43.8)	469(39.2)	
	매우 불만이다	7(7.1)	88(11.8)	135(11.3)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

6. 생활만족도 및 차별 경험

생활만족도를 가족 관계, 친구 관계, 거주지 등 8가지 항목으로 나누어 조사한 결과, 친구 관계에 대한 만족도를 제외한 모든 항목에서 연령대에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 그중에서 요즘 건강상태에 대한 불만족도(약간 불만이다+매우 불만이다)는 청년층 30.6%, 중장년층 62.9%, 노년층 69.6%로 연령대가 높을수록 불만족도가 높은 것으로 나타났다. 나머지 가족 관계, 거주지, 한 달 수입, 여가활동, 현재 하고 있는 일, 현재 삶에 대한 만족도에서는 모두 중장년층의 불만족도(약간 불만이다+매우 불만이다)가 다른 연령대에 비해 낮은 것으로 나타났다.

〈부표 1-8〉 생활만족도: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
가족과의 관계 만족도	매우 만족한다	15(15.6)	76(10.9)	192(16.5)	33.66***
	약간 만족한다	61(63.5)	343(49.1)	621(53.4)	
	약간 불만이다	14(14.6)	187(26.8)	251(21.6)	
	매우 불만이다	6(6.3)	93(13.3)	98(8.4)	
친구들의 수와 관계 만족도	매우 만족한다	14(14.3)	69(9.2)	111(9.3)	8.04
	약간 만족한다	52(53.1)	344(46.1)	582(48.6)	
	약간 불만이다	22(22.5)	256(34.3)	393(32.8)	
	매우 불만이다	10(10.2)	78(10.4)	111(9.3)	
거주지 만족도	매우 만족한다	21(21.4)	79(10.6)	196(16.4)	28.21***
	약간 만족한다	54(55.1)	455(60.9)	755(63.1)	
	약간 불만이다	21(21.4)	183(24.5)	215(18.0)	
	매우 불만이다	2(2.0)	30(4.0)	31(2.6)	
건강상태 만족도	매우 만족한다	12(12.2)	12(1.6)	20(1.7)	97.64***
	약간 만족한다	56(57.1)	265(35.5)	344(28.7)	
	약간 불만이다	25(25.5)	329(44.0)	576(48.1)	
	매우 불만이다	5(5.1)	141(18.9)	257(21.5)	
한 달 수입 만족도	매우 만족한다	10(10.2)	26(3.5)	27(2.3)	39.54***
	약간 만족한다	47(48.0)	246(33.1)	491(41.1)	
	약간 불만이다	34(34.7)	377(50.7)	565(47.2)	
	매우 불만이다	7(7.1)	94(12.7)	113(9.5)	
여가활동 만족도	매우 만족한다	8(8.2)	15(2.0)	36(3.0)	20.45**
	약간 만족한다	51(52.0)	310(41.5)	525(43.9)	
	약간 불만이다	34(34.7)	324(43.4)	499(41.7)	
	매우 불만이다	5(5.1)	98(13.1)	137(11.5)	
현재 하는 일 만족도	매우 만족한다	14(21.2)	26(9.8)	45(19.1)	18.91**
	약간 만족한다	42(63.6)	164(61.9)	150(63.6)	
	약간 불만이다	10(15.2)	65(24.5)	37(15.7)	
	매우 불만이다	0(0.0)	10(3.8)	4(1.7)	
현재 삶에 대한 만족도	매우 만족한다	10(10.2)	19(2.5)	38(3.2)	49.20***
	약간 만족한다	60(61.2)	306(41.0)	601(50.2)	
	약간 불만이다	25(25.5)	342(45.8)	473(39.5)	
	매우 불만이다	3(3.1)	80(10.7)	85(7.1)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 행복감을 생애주기별로 비교한 결과, 청년층 6.00점, 중장년층 4.99점, 노년층 5.22점으로 중장년층이 다른 연령대에 비해 통계적으로 유의한 수준으로 행복감이 낮은 것으로 나타났다. 장애로 인한 어려움은 장애인 1인 가구의 생애주기별로 유의미한 차이가 확인되지 않았으나 몸이 아플 때나 큰돈이 필요한 경우, 정서적으로 어려울 때 도움을 줄 수 있는 사람이 있는지에 대해서는 모두 중장년층이 다른 연령대에 비해 도와줄 사람이 없다는 응답이 통계적으로 유의하게 높은 것으로 확인되어 중장년층의 생활만족도나 행복도가 낮으며 주변에 도움을 줄 수 있는 인적자원도 부족한 것으로 나타났다.

장애로 인한 본인에 대한 차별 인지는 차별을 받고 있다고 느낀다(항상 느낀다+가끔 느낀다)라는 응답이 청년층 43.9%, 중장년층 43.8%, 노년층 26.2%로 노년층에 비해 청년층과 중장년층이 차별 인지 수준이 높았다. 한국 사회의 장애인 차별 인식에 대해서도 '한국 사회 내에 차별이 있다(약간 있다+매우 있다)'라는 응답이 청년층 84.7%, 중장년층 88.1%, 노년층 75.7%로 대부분이 한국 사회 내 차별이 있다고 느끼고 있으며 특히 중장년층에서 가장 많이 차별이 있다고 느끼는 것으로 나타났다.

(부표 1-9) 생활만족도 및 차별 경험 특성: 1인 가구 장애주기별 비교

(단위: 점, Mean(SD), 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
행복감		6.00(1.98)	4.99(2.00)	5.22(1.85)	12.93***
장애로 인한 어려움 여부	예	50(51.0)	463(62.0)	738(61.7)	4.57
	아니오	48(49.0)	284(38.0)	459(38.4)	
아플 때 집안일을 도와줄 사람여부	예	85(86.7)	471(63.1)	908(75.9)	48.63***
	아니오	13(13.3)	276(37.0)	289(24.1)	
갑자기 큰돈을 빌려야 할 경우 도와줄 사람 여부	예	51(52.0)	214(28.7)	434(36.3)	26.33***
	아니오	47(48.0)	533(71.4)	763(63.7)	
낙심하거나 우울 시 도와줄 사람여부	예	75(76.5)	439(58.8)	755(63.1)	12.68**
	아니오	23(23.5)	308(41.2)	442(36.9)	
장애 차별 정도	항상 느낀다	5(5.1)	47(6.3)	31(2.6)	74.95***
	가끔 느낀다	38(38.8)	280(37.5)	282(23.6)	
	별로 느끼지 않는다	36(36.7)	318(42.6)	670(56.0)	
	전혀 느끼지 않는다	19(19.4)	102(13.7)	214(17.9)	
우리나라의 장애인 차별 인식	전혀 없다	1(1.0)	5(0.7)	17(1.4)	91.09***
	별로 없다	14(14.3)	84(11.2)	275(23.0)	
	약간 있다	61(62.2)	458(61.3)	756(63.2)	
	매우 있다	22(22.5)	200(26.8)	149(12.5)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

7. 결혼생활·여성장애인 특성

여성장애인 1인 가구 대상으로 자녀와 관련한 응답이다. 자녀 여부에 서는 청년층 66.7%, 중장년층 84.8%, 노년층 95.5%로 나타났다. 노년층에서 대부분의 응답자가 자녀가 있음을 알 수 있다. 자녀 수에 있어서는 노년층에서 평균 2.94명(1.42%)로 가장 많음을 알 수 있다. 자녀가 있다

고 응답한 대상자 중 18세 미만 자녀 여부에서 청년층과 중장년층에 '있다'라는 응답을 하였고 자녀의 장애 여부에서는 중장년층 중 3.4%, 노년층 중 3.0%이 '장애가 있다.'라고 응답하였다.

여성장애인으로서 특히 어려웠던 점을 생애주기별로 비교해 본 결과, 청년층 40.6%, 중장년층 34.8%, 노년층 33.6%로 모든 연령대에서 취업 등 경제적 자립의 어려움의 비율이 가장 높았다. 청년층은 사회의 편견과 무시, 이중 차별이 12.5%로 경제적 자립 어려움 다음으로 높은 비율을 차지하였으나 중장년층과 노년층에서는 각각 6.3%, 7.6%로 확인되어 다른 연령대에 비해 청년층이 사회적 편견 및 차별로 인한 어려움을 더 많이 겪음을 알 수 있다.

<부표 1-10> 결혼생활·여성장애인 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %, Mean(SD))

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
자녀 여부	예	2(66.7)	352(84.8)	1063(95.5)	53.03***
	아니오	1(33.3)	63(15.2)	50(4.5)	
자녀 수		1.5(0.71)	1.73(0.65)	2.94(1.42)	120.28***
18세 미만 자녀 여부	예	2(100.0)	20(5.7)	0(0.0)	182.85***
	아니오	0(0.0)	332 (94.3)	1063 (100.0)	
자녀의 장애 여부	예	0(0.0)	12(3.4)	32(3.0)	0.20
	아니오	2(100.0)	340(96.6)	1031(97.0)	
여성장애인으로 특히 어려움	가족 내 장애에 대한 인식 부족으로 인한 소외경험	2(6.3)	12(5.4)	32(4.2)	44.38*
	결혼 후 배우자 가족의 차별 및 학대	1(3.1)	13(5.9)	27(3.6)	
	교육기회 부족	0(0.0)	9(4.1)	48(6.4)	
	사회화 기회의 부족	3(9.4)	20(9.1)	89(11.8)	
	친구 등 동료교제의 어려움	3(9.4)	23(10.4)	86(11.4)	

구분	청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
사회의 편견과 무시, 이중차별	4(12.5)	14(6.3)	57(7.6)	
취업 등 경제적 자립 어려움	13(40.6)	77(34.8)	253(33.6)	
성희롱, 성추행, 성폭행 등 문제	0(0.0)	4(1.8)	3(0.4)	
이성교제의 어려움	3(9.4)	12(5.4)	8(1.1)	
임신/출산의 어려움	0(0.0)	7(3.2)	17(2.3)	
자녀 양육의 어려움	1(3.1)	20(9.1)	89(11.8)	
임신/출산/양육 후 경력단절	1(3.1)	3(1.4)	7(0.9)	
전문 프로그램 부족 등 여가시간 활용의 어려움	1(3.1)	6(2.7)	30(4.0)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

8. 주거 특성

살고 있는 집의 소유 형태를 살펴보면 모든 연령에서 보증금 있는 월세에 사는 비율이 청년층, 중장년층에서 60.2%, 54.2%로 나타났다. 노년층에서는 자가에 사는 비율이 37.1%로 높게 나타났다. 현재 거주하고 있는 집 구조가 생활에 편리한지 정도를 생애주기별로 살펴본 결과, 불편하다(약간 불편하다+매우 불편하다)라는 응답이 청년층 12.2%, 중장년층 25.4%, 노년층 22.2%로 비교적 청년층의 경우 불편함을 덜 느끼는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 거주하고 있는 집의 구조를 생활에 편리하게 고치고 싶은지 살펴보면 ‘고치고 싶다(반드시 고치고 싶다+가급적 고치고 싶다)’라는 응답이 청년층 6.1%, 중장년층 12.1%, 노년층 14.1%로 연령대가 높을수록 주택 개조 의사가 있음을 알 수 있다.

향후 살고 싶은 주거 유형을 살펴보면 모든 연령대에서 일반주택에 살고 싶다는 비율이 각각 84.7%, 74.3%, 75.9%로 가장 높았으며 노년층의 경우에는 다른 연령대에 비해 요양시설이라고 응답한 비율이 4.7%로 비교적 높은 것으로 나타났다.

〈부표 1-11〉 주거 특성: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
주거 형태	단독주택(다가구용, 영업겸용)	39(39.8)	337(45.1)	592(49.5)	23.41
	아파트(오피스텔)	41(41.8)	287(38.4)	445(37.2)	
	연립주택	4(4.1)	21(2.8)	46(3.8)	
	다세대 주택	9(9.2)	84(11.2)	98(8.2)	
	비거주용 건물 내 주택	2(2.0)	11(1.5)	9(0.8)	
	비닐하우스, 움막, 판자집, 임시막사	0(0.0)	2(0.3)	1(0.1)	
	고시원	2(2.0)	3(0.4)	3(0.3)	
	기타	1(1.0)	2(0.3)	3(0.3)	
주거 위치	지하층	0(0.0)	7(0.9)	15(1.3)	5.67
	지상	98(100.0)	720(96.4)	1161(97.0)	
	반지하층	0(0.0)	19(2.5)	20(1.7)	
	옥탑	0(0.0)	1(0.1)	1(0.1)	
살고 있는 집의 소유 형태	자가	6(6.1)	113(15.2)	443(37.1)	181.29***
	전세	10(10.2)	69(9.3)	79(6.6)	
	보증금 있는 월세	59(60.2)	404(54.2)	398(33.3)	
	보증금 없는 월세	5(5.1)	50(6.7)	34(2.9)	
	년세, 일세	1(1.0)	7(0.9)	12(1.0)	
	무상	17(17.4)	102(13.7)	229(19.2)	
현재 살고 있는 집 구조의 생활 편리 정도	매우 편리하다	22(22.5)	129(17.3)	217(18.1)	10.79
	약간 편리하다	64(65.3)	429(57.4)	714(59.7)	
	약간 불편하다	11(11.2)	161(21.6)	236(19.7)	
	매우 불편하다	1(1.0)	28(3.8)	30(2.5)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
주택 개조 의사	반드시 고치고 싶다	2(2.0)	16(2.1)	25(2.1)	27.89***
	가급적 고치고 싶다	4(4.1)	75(10.0)	143(12.0)	
	별로 고치고 싶지 않다	30(30.6)	330(44.2)	550(46.0)	
	전혀 고치고 싶지 않다	55(56.1)	304(40.7)	424(35.4)	
	이미 개조하였다	7(7.1)	22(3.0)	55(4.6)	
향후 살고 싶은 주거 유형	일반주택	83(84.7)	555(74.3)	909(75.9)	40.68***
	지원주택(일상생활지원)	13(13.3)	134(17.9)	187(15.6)	
	공동생활가정(그룹홈)	2(2.0)	19(2.5)	4(0.3)	
	유료복지주택(노인실버타운)	0(0.0)	17(2.3)	35(2.9)	
	거주시설	0(0.0)	7(0.9)	6(0.5)	
	요양시설	0(0.0)	15(2.0)	56(4.7)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

거주하고 있는 주택의 구조, 성능 및 환경을 살펴보면 내열·내화·방열 및 방습/방음·환기·채광 및 난방설비/소음·진동·악취 및 대기오염에 대해서 연령대별로 유의한 차이가 있다. 다른 연령대에 비해 청년층의 경우 비교적 해당 항목에 대해 잘 갖추어져 있음을 알 수 있다.

〈부표 1-12〉 주택의 구조·성능 및 환경: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
내열·내화·방열 및 방습 양호	예	90(91.8)	581(77.8)	944(78.9)	10.44**
	아니오	8(8.2)	166(22.2)	253(21.1)	
방음·환기·채광 및 난방설비 갖추	예	88(89.8)	572(76.6)	947(79.1)	9.34**
	아니오	10(10.2)	175(23.4)	250(20.9)	
소음·진동·악취 및 대기오염 여부	예	91(92.9)	604(80.9)	1016(84.9)	11.71**
	아니오	7(7.1)	143(19.1)	181(15.1)	
해일·홍수·산사태 및 절벽의 붕괴로부터 안전 여부	예	94(95.9)	685(91.7)	1089(91.0)	2.91
	아니오	4(4.1)	62(8.3)	108(9.0)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
안전한 전기시설, 화재 발생 시 대응할 수 있는 구조와 설비 여부	예	69(70.4)	512(68.5)	828(69.2)	0.18
	아니오	29(29.6)	235(31.5)	369(30.8)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

9. 재난 안전 및 재난 대비 특성

재난 및 사고로부터 안전하다고 느끼는 정도를 생애주기별로 살펴본 결과, 재난 발생 시 대피를 도와줄 조력자가 있는지를 제외한 모든 영역에서 연령대에 따라 유의미한 차이가 있음을 알 수 있다. 장애인 1인 가구가 재난 및 사고로부터 안전하다고 느끼는 정도에 있어서 위험하다(매우 위험하다+위험하다)라는 응답에서는 청년층에서는 18.3%, 중장년층에서는 31.0%, 노년층에서는 39.7%로 나타났다. 재난 시 행동요령을 알고 있다는 문항에 응답에서는 청년층이 77.6%, 중장년층이 71.0%, 노년층이 50.6% 그러하다고 응답하였다. 재난 시 스스로 대피 가능 여부에 있어서는 청년층이 83.7%, 중장년층이 77.9%, 노년층이 63.7% 그러하다고 응답하였다. 재난에 대비한 소화기, 경보기 등 안전용품이 있는지에 청년층의 64.3%, 중장년층의 58.1%, 노년층의 52.5%가 그러하다고 응답하였다. 재난 발생 시 행동요령 인식 여부, 스스로 대피 가능 여부, 안전용품 구비 여부 등에서 다른 연령대에 비해 노년층이 비교적 더 취약한 상태인 것으로 나타났다.

〈부표 1-13〉 재난 안전 및 거주하는 주택의 재난 대비 여부: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
재난 및 사고로 부터 안전하다고 느끼는 정도	매우 위협하다	6(6.1)	48(6.4)	94(7.9)	38.95***
	위험하다	12(12.2)	184(24.6)	381(31.8)	
	보통이다	37(37.8)	303(40.6)	431(36.0)	
	안전하다	41(41.8)	195(26.1)	278(23.2)	
	매우 안전하다	2(2.0)	17(2.3)	13(1.1)	
재난 시 행동요령 인지	예	76(77.6)	530(71)	606(50.6)	92.88***
	아니오	22(22.5)	217(29.1)	591(49.4)	
재난시 스스로 대피 가능 여부	예	82(83.7)	582(77.9)	763(63.7)	53.18***
	아니오	16(16.3)	165(22.1)	434(36.3)	
재난시 대피를 도와줄 조력자 여부	예	23(23.5)	149(20.0)	220(18.4)	1.94
	아니오	75(76.5)	598(80.1)	977(81.6)	
재난에 대비한 소화기, 경보기 등 안전용품 구비 여부	예	63(64.3)	434(58.1)	628(52.5)	9.42**
	아니오	35(35.7)	313(41.9)	569(47.5)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

10. 복지서비스 인식 및 경험

장애등록 후 국가나 사회로부터 지원 인식을 살펴보면 받고 있다(매우 많이 받고 있다+약간 받고 있다)라는 응답이 청년층 57.1%, 중장년층 61.2%, 노년층 47.0%로 중장년층, 청년층, 노년층 순으로 지원을 받고 있다고 생각한다. 반면 우리나라의 장애인 지원정책 수준에 대한 인식을 조사한 결과, 장애인 지원 정책 수준이 낮다(매우 낮다+낮다)라는 응답은 청년층 28.6%, 중장년층 28.0%, 노년층 24.1%로 나타났으나 연령대별로 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

360 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

<부표 1-14> 복지서비스 인식: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
장애등록 후 국가나 사회로부터 지원 인식	매우 많이 받고 있다	10(10.2)	71(9.5)	74(6.2)	41.08***
	약간 받고 있다	46(46.9)	386(51.7)	488(40.8)	
	별로 받지 않고 있다	38(38.8)	243(32.5)	539(45.0)	
	전혀 받지 않고 있다	4(4.1)	47(6.3)	96(8.0)	
우리나라의 장애인지원 정책 수준에 대한 인식	매우 낮다	1(1.0)	31(4.2)	28(2.3)	10.18
	낮다	27(27.6)	178(23.8)	261(21.8)	
	보통이다	49(50.0)	378(50.6)	645(53.9)	
	높다	21(21.4)	154(20.6)	254(21.2)	
	매우 높다	0(0.0)	6(0.8)	9(0.8)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

장애인복지사업 이용 경험률을 생애주기별로 비교하였을 때, 다음과 같다. 청년층에서는 장애인 연금 수급 경험이 있다고 응답한 비율이 24.5%로 다른 사업과 비교하였을 때 높게 나타났다. 중장년층은 장애수당이 43.6%, 노년층은 장애수당이 37.8%로 다른 사업과 비교하였을 때 높게 나타났다.

<부표 1-15> 장애인복지사업 이용 경험률: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
장애인 연금	있다	24(24.5)	185(24.8)	168(14.0)	37.67***
	없다	74(75.5)	562(75.2)	1029(86.0)	
장애수당	있다	22(22.5)	326(43.6)	452(37.8)	18.76***
	없다	76(77.6)	421(56.4)	745(62.2)	
장애인의료비 지원	있다	4(4.1)	68(9.1)	126(10.5)	4.77
	없다	94(95.9)	679(90.9)	1071(89.5)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
장애인활동지원 서비스	있다	14(14.3)	81(10.8)	15(1.3)	99.00***
	없다	84(85.7)	666(89.2)	1182(98.8)	
장애인생활도우미	있다	1(1.0)	3(0.4)	9(0.8)	1.13
	없다	97(99.0)	744(99.6)	1188(99.3)	
직업재활시설	있다	13(13.3)	24(3.2)	5(0.4)	82.04***
	없다	85(86.7)	723(96.8)	1192(99.6)	
장애인복지관	있다	22(22.5)	97(13.0)	134(11.2)	10.95**
	없다	76(77.6)	650(87.0)	1063(88.8)	
장애인 주간보호시설	있다	4(4.1)	3(0.4)	5(0.4)	21.51***
	없다	94(95.9)	744(99.6)	1192(99.6)	
장애인체육시설	있다	5(5.1)	21(2.8)	19(1.6)	7.21*
	없다	93(94.9)	726(97.2)	1178(98.4)	
장애인 생활이동지원센터	있다	1(1.0)	12(1.6)	9(0.8)	3.15
	없다	97(99.0)	735(98.4)	1188(99.3)	
장애인 재활지원센터	있다	4(4.1)	14(1.9)	3(0.3)	21.34***
	없다	94(95.9)	733(98.1)	1194(99.8)	
교통약자 이동지원센터	있다	6(6.1)	115(15.4)	152(12.7)	7.56*
	없다	92(93.9)	632(84.6)	1045(87.3)	
장애인 정보화교육기관	있다	0(0.0)	3(0.4)	3(0.3)	0.66
	없다	98(100.0)	744(99.6)	1194(99.8)	
장애인 자립생활센터	있다	4(4.1)	10(1.3)	0(0.0)	29.54***
	없다	94(95.9)	737(98.7)	1197(100.0)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

11. 경제상태 및 월평균 가구·개인소득

주관적 소속 계층을 살펴보면 하층이라고 응답한 비율이 청년층 52.0%, 중장년층 76.0%, 노년층 66.6%로 다수의 장애인 1인 가구가 스

스로 하층이라고 생각하며 그중에서도 중장년층에서 그 비율이 다른 연령대에 비해 더 높은 것으로 나타났다. 국민기초생활보장 수급 여부를 살펴보면 교육급여를 제외한 생계급여, 의료급여, 주거급여 수급률이 중장년층이 다른 연령대에 비해 통계적으로 유의한 수준으로 수급률이 높은 것으로 나타났다. 중장년층의 경우 생계급여, 의료급여, 주거급여 모두 수급률이 56.2%로 절반 이상이 수급자임을 알 수 있다.

가구의 주된 수입원을 조사한 결과, 청년층의 경우 가구주의 소득이 65.3%로 가장 높았으며 중장년층과 노년층의 경우에는 국민기초생활보장급여가 각각 52.6%, 29.7%로 가장 높음으로 나타났다. 중장년층의 경우 국민기초생활보장급여 수급율이 특히 높음을 알 수 있다.

〈부표 1-16〉 경제상태: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
주관적 소속 계층	하층	51(52.0)	568(76.0)	797(66.6)	38.35***
	중하층	40(40.8)	153(20.5)	345(28.8)	
	중상층	7(7.1)	24(3.2)	55(4.6)	
	상층	0(0.0)	2(0.3)	0(0.0)	
국민기초생활 보장_생계급여 수급 여부	수급	29(29.6)	420(56.2)	393(32.8)	109.63***
	비수급	69(70.4)	327(43.8)	804(67.2)	
국민기초생활 보장_의료급여 수급 여부	수급	28(28.6)	420(56.2)	379(31.7)	121.23***
	비수급	70(71.4)	327(43.8)	818(68.3)	
국민기초생활 보장_주거급여 수급 여부	수급	28(28.6)	420(56.2)	379(31.7)	75.60***
	비수급	70(71.4)	327(43.8)	818(68.3)	
국민기초생활 보장_교육급여 수급 여부	수급	0(0.0)	0(0.0)	2(0.2)	1.41
	비수급	98(100.0)	747(100.0)	1195(99.8)	

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
가구의 주된 수입원	가구주의 소득	64(65.3)	245(32.8)	156(13.0)	492.18***
	가구주 외 가구원의 소득	1(1.0)	0(0.0)	1(0.1)	
	연금이나 퇴직금	0(0.0)	34(4.6)	199(16.6)	
	재산소득(부동산)	0(0.0)	8(1.1)	42(3.5)	
	저축이나 증권수익	0(0.0)	14(1.9)	21(1.8)	
	국민기초생활 보장급여	27(27.6)	393(52.6)	355(29.7)	
	별거가족/ 친척 등 지원	4(4.1)	35(4.7)	244(20.4)	
	기타	2(2.0)	18(2.4)	179(15.0)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

출처: 연구진이 작성

장애인 1인 가구의 월평균 가구소득을 생애주기별로 비교한 결과, 기타소득을 제외한 모든 영역에서 연령대별 유의미한 차이가 있었다. 근로소득의 경우 청년층 142.19만 원, 중장년층 60.79만 원, 노년층 12.76만 원으로 연령대별 소득 차이가 가장 큼으로 나타났다. 반면 사업소득의 경우에는 청년층 10.20만 원, 중장년층 20.73만 원, 노년층 3.67만 원으로 중장년층의 사업소득이 다른 연령대에 비해 유의미하게 높았다. 재산소득의 경우에는 청년층 0.06만 원, 중장년층 3.51만 원, 노년층 6.19만 원으로 연령대가 높을수록 재산소득이 높은 것으로 나타났다. 공적이전소득과 사적이전소득은 모두 노년층이 다른 연령대에 비해 높은 것으로 확인하였다. 마지막으로 월 총소득을 비교한 결과, 청년층 198.99만 원, 중장년층 160.11만 원, 노년층 111.58만 원으로 연령대가 높을수록 월 총소득이 낮은 것으로 나타났다.

〈부표 1-17〉 월평균 가구소득: 1인 가구 생애주기별 비교

(단위: 만 원, Mean(SD))

구분	청년층	중장년층	노년층	chi ² /T_value
가구 월 근로소득	142.19(134.87)	60.79(121.54)	12.76(42.55)	150.74***
가구 월 사업소득	10.20(65)	20.73(103.04)	3.67(24.23)	15.10***
가구 월 재산소득	0.06(0.61)	3.51(25.43)	6.19(32.86)	3.29*
가구 월 공적이전소득	4.41(5.98)	7.67(6.48)	8.44(5.36)	23.15***
가구 월 사적 이전소득	11.22(28)	9.19(29.86)	21.23(30.64)	37.94***
가구 월 기타소득	0(0.00)	4.5(121.95)	0.2(4.97)	0.81
가구 월 총 소득	198.99(105.19)	160.11(176.63)	111.58(62.88)	53.46***

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성

12. 건강행동

1인 가구의 생애주기별로 규칙적인 식사 여부를 살펴보면 청년층은 51.0%, 중장년층 48.2%, 노년층 61.9%로 노년층의 규칙적인 식사 비율이 다른 연령에 비해 높았으며, 중장년층이 비교적 규칙적인 식사 비율이 낮았다. 영양을 고려하여 식품을 섭취하는지 확인한 결과 청년층 41.8%, 중장년층 29.1%, 노년층 25.5%가 그렇다고 응답하여 청년층은 비교적 건강한 식습관을 가지고 있는 것으로 보이나 노년층의 경우 규칙적으로 식사는 하지만 영양을 고려하여 식사하지는 않는 것으로 나타났다. 중장년층은 규칙적 식사 비율이 다른 연령층에 비해 낮은 수준이며 노년층보다는 양호하지만 역시 영양을 고려하여 식사하는 비율이 낮아 중장년층과 노년층에 대한 식습관 개선 지원이 필요해 보인다.

하루 평균 칫솔질 횟수를 비교해보면 청년층의 45.9%는 하루 3번 이상 칫솔질을 한다고 응답하였으나 중장년층과 노년층의 경우에는 각각 28.7%, 24.4%로 청년층에 비해서는 구강청결에 대한 인식과 실천율이 낮았다. 최근 1년간 음주빈도를 1인 가구 생애주기별로 살펴보면 일주일에 2~3번 또는 4번 이상 등 음주 빈도가 잦은 비율이 청년층 11.2%, 중장년층 18.1%, 노년층 5.3%로 중장년층의 과도한 음주 비율이 다른 연령층에 비해 높은 것으로 나타났다. 현재 흡연 여부 또한 매일 피운다는 응답이 청년층 22.5%, 중장년층 29.6%, 노년층 8.2%로 중장년층의 흡연 정도가 다른 연령층에 비해 심각한 것으로 나타났다.

최근 1년간 건강관리를 위해 운동을 하였는지 확인한 결과, 생애주기별 유의한 차이는 확인되지 않았으나 모든 연령층에서 운동을 하였다는 응답이 60%를 넘는 것으로 나타났다. 운동을 하였다고 응답한 이들을 대상으로 지난 1년간 운동 주기를 조사한 결과 거의 매일 또는 주 3회 이상 운동했다는 비율은 청년층 68.3%, 중장년층 81.4%, 노년층 85.7%로 연령대가 높을수록 운동 빈도가 높은 것으로 나타났다.

〈부표 1-18〉 건강행동 특성: 1인 가구 생애주기별

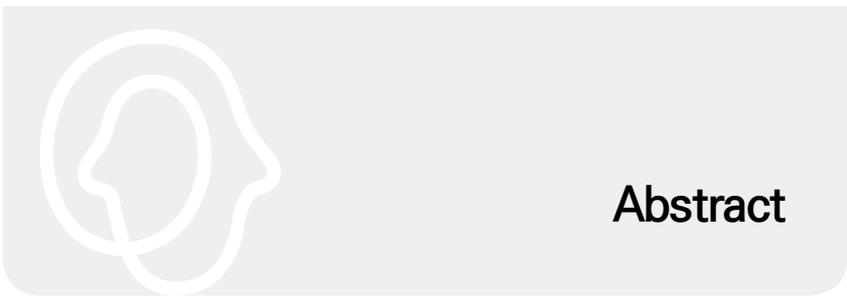
(단위: 명, %)

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
일정 시간 식사 여부	일정한 시간에 먹는다	50(51.0)	360(48.2)	741(61.9)	37.24***
	가끔 불규칙하다	38(38.8)	295(39.5)	359(30.0)	
	일정한 시간에 먹지 않는다	10(10.2)	92(12.3)	97(8.1)	
영양 고려 식품 섭취 여부	예	41(41.8)	217(29.1)	305(25.5)	19.01**
	보통/가끔	47(48.0)	380(50.9)	683(57.1)	
	아니오	10(10.2)	150(20.1)	209(17.5)	
하루 평균 칫솔질 횟수	3번 이상	45(45.9)	214(28.7)	292(24.4)	29.51***
	2번	34(34.7)	421(56.4)	695(58.1)	
	1번	19(19.4)	107(14.3)	197(16.5)	
	안함	0(0.0)	5(0.7)	13(1.1)	

366 인구구조 변화에 대응하는 장애인 돌봄정책의 방향과 과제: 1인 가구를 중심으로

구분		청년층	중장년층	노년층	chi ² / T_value
최근 1년 음주 빈도	최근 1년간 전혀 마시지 않았다	59(60.2)	464(62.1)	989(82.6)	137.79***
	한달에 1번 미만	7(7.1)	41(5.5)	57(4.8)	
	한달에 1번 정도	8(8.2)	32(4.3)	27(2.3)	
	한달에 2~4번	13(13.3)	75(10.0)	60(5.0)	
	일주일당 2~3번 정도	7(7.1)	83(11.1)	35(2.9)	
	일주일당 4번 이상	4(4.1)	52(7.0)	29(2.4)	
현재 흡연 (전자담배 포함) 여부	매일 피움	22(22.5)	221(29.6)	98(8.2)	216.35***
	가끔 피움	2(2.0)	19(2.5)	11(0.9)	
	과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	4(4.1)	195(26.1)	260(21.7)	
	담배를 피운 적이 없으며 현재에도 피우지 않음	70(71.4)	312(41.8)	828(69.2)	
최근 1년간 건강관리를 위한 운동 여부	예	63(64.3)	505(67.6)	762(63.7)	3.18
	아니오	35(35.7)	242(32.4)	435(36.3)	
지난 1년간 운동 주기	거의 매일	24(38.1)	248(49.1)	450(59.1)	26.49**
	주 3회 이상	19(30.2)	163(32.3)	203(26.6)	
	주 2회	13(20.6)	64(12.7)	68(8.9)	
	주 1회	5(7.9)	21(4.2)	30(3.9)	
	월 1~2회	2(3.2)	7(1.4)	10(1.3)	
	월 1회 미만 또는 1년 10회 이내	0(0.0)	2(0.4)	1(0.1)	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001
출처: 연구진이 작성



Abstract

Directions and Tasks for Disability Care Policies in Response to Demographic Changes

: Focusing on Single-Person Households

Project Head: Hwang, Juhee

This study aims to identify the multi-layered vulnerabilities of single-person households with disabilities, whose numbers are rapidly increasing amid population aging and rapid changes in family structure, and to propose effective directions for care policies to address these vulnerabilities. Compared to single-person households without disabilities, those with disabilities tend to live alone for longer periods and are structurally exposed to social isolation, gaps in care provision, and the risk of “kinlessness,” which signifies extreme relational disconnection. These complex crisis situations cannot be adequately addressed by fragmented support systems, making an integrated approach that encompasses individual characteristics and needs essential.

To this end, this study employed a multifaceted methodology encompassing literature review, quantitative analysis, and qualitative research. First, through analysis of domestic and international research and policy literature, it examined the structural context of demographic changes and the increase in single-person households with disabilities. In the empirical

analysis, we reanalyzed raw data from the 2023 Survey on Persons with Disabilities and conducted a separate survey on the living conditions of single-person households with disabilities to identify overall trends and specific circumstances. In-depth interviews provided insights into subjective experiences and life contexts that quantitative data alone cannot capture.

The research findings revealed that life satisfaction among single-person households with disabilities is determined not by a single factor such as economy, health, or housing, but by complex interactions across multiple domains. Difficulties in daily living, anxiety about old age, and economic instability were particularly prominent, and these constraints intensified with age. Cross-analysis of daily living support needs and physical health status showed that groups with overlapping “high support needs” and “vulnerable physical health” had significantly lower life satisfaction and constituted the highest-risk population, experiencing the most severe compounded crises. Furthermore, disparities in life satisfaction by residential area and housing characteristics highlight the need for community-based, tailored support rather than uniform assistance.

Based on these findings, this study proposes adapting the UK's Universal Basic Services (UBS) concept and the US Ecosystems of Care model to the Korean context as policy implications for addressing the complex needs of single-person

households with disabilities. First, it emphasizes the need to reorganize care service eligibility based on universal criteria centered on “care needs” rather than age or disability type, and to guarantee essential services such as healthcare, housing, and care as rights. Second, it recommends creating a “community-based integrated care ecosystem,” including integrated case management systems and local care networks, to coordinate currently fragmented services more effectively. Finally, it calls for structural changes to establish a system that flexibly adjusts the types and amounts of services according to individuals’ complex needs, thereby eliminating care gaps and supporting single-person households with disabilities in leading dignified, independent lives within their communities.

Key words: Single-person households with disabilities, Complex vulnerabilities, Complex Care, Care ecosystem